81.

22500450963

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, HACHE, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, LUBET, BARBON, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, F. TERRIER, THIBIERGE, TISSIER, THOMAS, WALTHER.

DIX-SEPTIÈME ANNÉE

TOME XXXIII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1889

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXIII

ANATOMIE.

Substance gélatineuse de Rolando, *Corning*, 1. — Cerveau, *du Bois-Reymond;* nerfs des muscles, *Biedermann*, 2. — Sang des embryons, *Ziegler*, 3. — Sinus maxillaire, *Paulsen*, 4. — Œil, *Strahl*, *Martin*, 4; *Vassaux*, 5.— Rétine, *Tartuferi*, 5. — Corps cellulaire, *Tangl*; embryons humains, *Janosik*, 6. — Œuf humain, *Zacharias*, *Nagel*, 7. — Replis médullaires, *Beraneck*, 9. — Fentes branchiales, *Katschenko*, *Liessner*, 10. — Cellule musculaire, *Gehuchten*, 12. — Ovaire, *Janosik*, 13; *Paladino*, 14. — Glandes prostatiques, *Tourneux;* cordons sexuels, *Laulanié*, 17. — Epithélium intestinal, *Steinhaus;* ossification, *Leser*, 18. — Cellules adipeuses, *Rabl-Rückhard;* technique histologique, *Taguchi*, *Mosso*, 19.

PHYSIOLOGIE.

Fonctions du cerveau, *Goltz;* chaleur animale, *Girard*, 20. — Vitesse des courants nerveux, *Rémond;* excitabilité des nerfs, *Gad*, 21. — Excitation d'un sens, *Urbantschitsch;* nerfs sensibles, *Hällsten;* température du cerveau, *Tanzi*, 22. — Excitations électriques; *Roth;* nerf laryngé, *Donaldson;* échanges liquides du sang, *Cohnstein*, *Zuntz*, 23. — Lavage du sang, *Dastre*, *Loye*, 24. — Pression sanguine, *Fick*, *Cohnstein*, *Zuntz*, 25; *Grunmach*, 26. — Action du vague, *Gaskell*, 26. — Calorimétrie, *Rosenthal*, 27. — Contraction musculaire, *Kries*, *Frey*, 28. — Echanges gazeux, *Zuntz*, 29. — Respiration, *Gréhant*, *Quinquaud;* aspiration, *Auerbach*, 30. — Glycogénie, *Pflüger*, *Moszeik*, 31. — Sécrétion urinaire, *Munck*, *Senator*, 32. — Ferments hépatiques, *Dastre;* sécrétion salivaire, *Novi*, 33. — Sécrétions, *Pawlow;* bruit intestinal, *Dastre;* température de la peau, *Wurster*, 34. — Eternuement, *Wertheimer*, *Surmont;* contraste des couleurs, *Hering;* muscles laryngés, *Simanowski*, 35. — Acuité auditive, *Jacobson*, 36.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dégénérescence cérébrale, *Bechterew*, 36. — Cerveau d'amputé, *Lamarque;* foie des nouveau-nés, *Mazzoni*, 37. — Cancer du foie, *Brazzalo;* adénome du foie, *Schweitzer*, 38. — Stomatite aphteuse, *Fraenkel;* gastrite membraneuse, *Smirnow*, 39. — Ectopie de l'estomac, *Heukelom;* hyperémie de la rate, *Sokoloff*, 40. — Fièvre récurrente, *Puschkareff*, 41. — Maladie d'Addison, *Kahlden*, 42. — Glande surrénale, *Moglia;* nécroses diabétiques, *Rosenblat;* névromes cutanés, *Westphalen*, 43. — Synovites tendineuses, *Schuchardt;* tumeurs de la mamelle, *Dreyfuss*, 44. — Malformations, *Zoja*, *Barker*, *Robinson*, 45; *Martinotti*, *Sperino*, 46. — Myosites, *Krauss*, 46.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Inoculation chimique, *Wooldridge;* passage interplacentaire des éléments, *Krukenberg*, 47. — Absorption de germes par l'air, *Buchner;* bactérie purpurine, *Engelmann*, 48. — Suppuration, *Rosenbach;* destruction des bactéries, *Banti*, 49. — Gangrène gazeuse, *Cornevin*, 50. — Paralysie pyocyanique. *Charrin*, *Babinski;* charbon, *Boccardi*, *Sefarini*, *Buchner*, 51. — Endartérite, *Pernice*, 52. — Endocardite, *Gilbert*, *Lion;* fièvre puerpérale, *Brieger*, *Widal*, *Doyen*, 53. — Bactérie urinaire, *Albarran*, *Hallé;* pneumonie, *Lipari*, 54. — Pleurésie, *Fraenkel;* pneumonie des chevaux, *Chantemesse*, *Delamotte*, 55. — Fièvre typhoïde, *Fraenkel*, *Birch-Hirschfeld*,

Moreau, *Cochez*, 56. — Paludisme, *Councilman*, *James*, 57. — Tuberculose, *de Toma*, *Tavel;* mal de Bright, *Wanneberg*, 58. — Coqueluche, *Afanassiew*, *Wendt;* divulsion du pylore, *Poggi*, *Ceccherelli*, 59. — Ablation de la vessie, *Tizzoni*, *Poggi*, 60. — Thyroïdectomie, *Carle;* vernissage cutané, *Bonuzzi*, 61. — Plaies du cœur, *Bohome;* décapitation, *Loye*, 62.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Lychnis gitago, *Lehmann*, 63. — Ellébo-réine, *Venturini*, *Elvidio;* laurier rose, *Pouloux;* photoxyline, *Rosenthal;* méconarcéine, *Laborde*, 64. — Physostigmine, *Alms;* théophyline, *Rossel*, 65. — Lupétidine, *Gaule;* atomicité des éléments, *Blake;* bicarbonate de soude, *Clar*, 66. — Mercure, *Rémond*, *Stintzing;* médicaments cardiaques, *Rummo*, *Ferranini*, 67. — Salol, *Einhorn*, *Ewald*, 68. — Antipyrine, *Blumenau;* eau chloroformée, *Salkowski*, 69. — Alcools, *Pupier*, 670. — Empoisonnements : par le benzoate de soude, *Morner;* par la morphine, *Scheiber*, 70; *Ball*, 71; par l'iodoforme, *Taylor;* par le safran, *Weyl*, 71; par le kérosène, *Norderling;* par le chlorate de potasse, *Peabody*, 72; par le sublimé, *Heincke*, 72; *Virchow*, *Grawitz*, *Kraus*, *Fraenkel*, 73.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la tuberculose, *Grancher*, *Chautard*, *Audollent*, *Miquel*, *Rueff*, *Moreau*, *Cochez*, 75; *Gager*, *Aruch*, 76. — Maillot humide, *Kaufmann*, *de Bary*, 76. — Oxalate de cérium, *Cheermann;* iodoforme dans les hémoptysies, *Chauvin*, *Jorissenne*, 77. — Menthe dans la diphtérie, *Braddon;* inhalations sulfhydriques, *Karika;* pneumothorax, *Potain*, *Moizard*, 78; *Secretan*, 79. — Inhalations d'acide carbonique, *Weill*, *Chabannes;* coqueluche, *Tervers*, 80. — Bains froids, fièvre typhoïde, *Juhel-Rénoy*, *Richard*, *Muselli*, 81. — Irritation spinale, *Corning;* solanine, *Grasset*, *Sarda;* diarrhée, *Osborne*, *Debove*, *Sézary*, *Aune*, 82. — Coma diabétique, *Hesse*, 83. — Hydrate d'amylène, *Avillis;* médicaments cholagogues, *Prevost*, *Binet*, 84. — Antipyrine dans la chorée, *Legroux*, *Dupré*, *Ollivier*, *Texier*, *Laurencin*, *Devic*, *Huchard*, *Moncorvo*, 86. — Antipyrine dans les tranchées utérines, *Touin;* créoline, *Martini;* caféine, *Te Gempt*, *Moncorvo*, 87. — Phénacétine, *Müller*, *Rumpf*, *Warfvinge*, 88. — Sulfonal, *Schwalbe*, *Ewald*, *Fraenkel*, *Salgo*, 90. — Amylène, *Laves;* colique de plomb, *Aubry*, 91.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MEDICALE.

Congrès de la tuberculose, 92. — Tuberculose, *Verneuil*, 95. — Diphtérie, *Cousot*, *Barnes*, *Delthil*, *Duckworth*, *Caillé*, 97. — Pneumonie, *Netter*, 99. — Empyème, *Bouveret*, 100. — Maladies du système nerveux, *Déjerine*, *Thuilant*, *Dupré*, *Sollier*, *Freund*, *Séguin*, *Putzel*, *Treitel*, *Baumgarten*, *Thomsen*, *Chauffard*, *Demange*, *Bristowe*, 101; *Thibal*, *Hess*, *Blocq*, *Blin*, 105; *Herringham*, *Buzzard*, *Toché*, 106; *Spillmann*, *Parisot*, *Déjerine*, *Mitchell*, *Kronig*, *Bullen*, *Wolff*, *Benedikt*, *Babinski*, *Braun*, *Rütimeyer*, *Strümpell*, *Ormerod*, *Volkmann*, *Pitres*, *Maguire*, *Grœdel*, *Galezowski*, 108; *Leyden*, *Ballet*, *Nicoladoni*, 114; *Teissier*, *Gauthier*, *Sharkey*, *Mendel*, *Koch*, *Marie*, *Senator*, *Suckling*, *Unverricht*, 115; *Senator*, *Ord*, *Buzzard*, *Eichhorst*, *Boisvert*, *Guiffré*, 116; *Neumann*, *Raymond*, 120.

Maladies de l'appareil circulatoire, *Collins*, *Grocco*, *Gabbi*, *Hochhaus*, *Riess*, *Rouchès*, 120. — Maladies infectieuses, *Tumas*, *Kartulis*, *Pagliano*, *Montefusco*, *Shore*, 123; *Curschmann*, 124. — Maladies du rein, *Merklen*, *Barnes*, *Obrzut*, *Hayem*, *Lépine*, *Kobler*, *Obermayer*, *Robin*, 126; *Baginsky*, *Salle*, *Hayem*, *Millard*, *Robin*, *Pampoukis*, *Chomatianos*, 127. — Goitre exophtalmique, *Bertoye*, *Oppenheim*, *Kurella*, *Burton*, *Ballet*, *Gross*, *Gauthier*, 131. — Tétanie, *Hoffmann*, *Hochwart*, 133.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Sécrétion mammaire, *Johnston*, 134. — Stérilité, *Kisch*, 135. — Curage de l'utérus, *Monprofit*, *Wallon*, *Boureau*, *Charpentier*, 136. — Injections utérines, *Mangin ;* ovarite, *Petit*, 138. — Kystes ovariques, *Thornton*, 139. — Traitement des fibromes, *Segond*, *Gavilen*, *Cabot*, *Coe*, *Kaltenbach*, 140 ; *Scott*, *Werner*, 143. — Rétroflexion utérine, *Cohnstein*, 143. — Peptonurie gravidique, *Kœttnitz*, 144. — Vitalité du fœtus, *Charpentier*, *Butte*, *La Torre*, 145. — Bassin obstétrical, *Varnier*, 146. — Vergetures du cou, *Kaltenbach ;* délivrance, *Credé ;* inertie utérine, *Goth*, 147. — Rétention du placenta, *Lange ;* action du seigle ergoté, *Pinzani*, 148. — Eclampsie, *Fourrier ;* injections de sublimé, *Blanc*, 149. — Pansement du cordon, *Chevallier ;* version, *Lefour*, 150. — Grossesse extra-utérine, *Breisky*, *Gordon*, *Tait*, *Herman*, *Zucker*, *Taft*, *Eastman*, *Zajaitsky*, *Kœttnitz*, *Brothers*, 151. — Opération césarienne, *Wyder*, *Krassowski*, *Schauta*, *Weydlich*, *Fontana*, 155.

MALADIES DES ENFANTS.

Développement, *Lorey ;* septicémie, *Smith*, 158. — Richesse du sang, *Widowitz ;* méningite et démence, *Warner*, *Beach*, 159. — Paralysie faciale, *Stephan ;* pneumonie, *Holt*, *Tordeus ;* asthme, *Moncorvo*, 160. — Pleurésie, *Vilcoq*, *Steele*, 161. — Coqueluche, *Alexander*, *Berriat ;* thyroïdite, *Barlow*, 102. — Hypertrophie du thymus, *Grawitz*, 163. — Diarrhée, *Pfeiffer*, 163 ; *Meinert*, 164 ; *Vaughan*, *Backer*, *Holt*, *Meigs*, *Baruch*, 165. — Melœna, *Tross*, 166. — Rétrécissements du pylore, *Hirschprung ;* néphrites, *Henoch*, 167. — Anasarque, *Wagner*, 168. — Œdème, *Dumas ;* hydrocèle, *Welchselmann*, 169. — Rachitisme, *Litten*, *Wichmann ;* laparotomie, *Dunlop*, 170. — Hygiène, *Rouvier*, 171.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Erythème, *Manssurow*, 171. — Exanthèmes, *Lesser*, *Manssurow ;* érysipèle, *Schwimmer*, *Resch*, 172. — Œdème aigu, *Riehl*, 173. — Erythème, *Demme ;* eczéma, *Elsenberg*, 174. — Dermatite exfoliatrice, *Elliot*, 175. — Herpès, *Duhring ;* psoriasis, *Duckworth ;* séborrée, *Sutton*, 176. — Urticaire, *Elsenberg ;* xeroderma, *Riehl*, *Arnozan*, *Taylor*, 177. — Psoriasis, *Bourdillon ;* pemphigus, *Wichmann*, *Secretan*, 179. — Molluscum, *Haab*, *Payne ;* xanthome, *Kœbner*, 180. — Tuberculose cutanée, *Steinthal*, *Morel-Lavallée ;* lupus, *Hutchinson*, 181. — Acide phénique en dermatologie, *Augagneur*, *Bertholus ;* chéloïde, *Andeer ;* chancres extra-génitaux, *Bielonsow ;* bacille syphilitique, *Markuse*, 182. — Syphilis cérébrale, *Siemerling*, *Jurgens*, 183. — Syphilis héréditaire, *Richter*, 184 ; *Rona*, 185. — Syphilis érosives, *Jacquet ;* syphilis et eczéma, *Unna*, 185. — Erythèmes syphilitiques, *Testu ;* traité, *Hermann*, *Zeissl*, 187. — Traitement de la syphilis, *Bronson*, *During*, 188 ; *Dymnicki*, 189. — Chancre mou, *Friedheim ;* blennorragie, manifestations spinales, *Hayem*, *Parmentier*, 189. — Blennorragie chez la femme, *Horand*, *Eraud*, 190. — Infections secondaires, *Gerheim ;* rhumatisme, *Bornemann*, *Ulrich*, 191. — Balano-posthite, *Tommasoli*, 192.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Traité, *Schüle*, 192. — Circonvolutions cérébrales, *Richter*, 193. — Idiotie, *Jensen*, *Jelgersma ;* épilepsie, *Pison*, 194 ; *Féré ;* héréditaires dégénérés, *Ballet ;* alcoolisme, *Combemale*, *Owen*, 195. — Crânes des aliénés, *Morselli ;* vésanie, *Ségalas*, 196. — Folie originaire, *Neisser ;* diagnostic de la démence, *Hamilton*, 197. — Lypémanie, *Belle*, *Lemoine ;* délire hypochondriaque, *Mars*, 198. — Folie du doute, *Kowalewski ;* trophonévroses, *Helwey ;* lésions de la moelle chez les aliénés, *Stewart*, 199. — Paralysie générale, *Marteret*, *Baillarger*, *Clouston*, *Savage*, *de Montyel*, *Marro*, *Ramadier*, 200 ; *Siemerling*, 201 ; *Ball*, 202. — Psychoses traumatiques, *Welt*, 202. — Sulfonal et uréthane, *Cramer*, *Adam*, 203.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Leçons, *Mollière*, 203. — Anesthésie, *Witzinger*, *Patein*, 204. — Créoline, *Esmarch*, *Kortüm*, *Spaeth*, 205. — Chirurgie cérébrale, *Weir*, *Seguin*, *Keen*, *Mallins*, *Hoffmann*, *Brunner*, *Mollière*, *Cobb*, 205; *Vincent*, *Mosler*, 206. — Maladies du rachis, *Besson*, *Ketch*, *Muralt*, *Sayre*, *Wilkins*, *Burrell*, *Wright*, *Thorburn*, 211; *Bradford*, 212; *Lannelongue*, 216. — Anévrismes, *Bucquoy*, *Verneuil*, *Dujardin-Beaumetz*, *Steavenson*, *Ralft*, *Paul*, 217. — Affections du tube digestif, *Jones*, *Steinthal*, *Girard*, *Kroenlin*, 219; *Go uld*, *Stamm*, *Zielewicz*, *Riedel*, *Terrier*, *Tiffany*, *Tscherning*, *Kœberlé*, 221; *Caton*, *Harrison*, *Dittel*, *Casanova*, *Poulet*, *Dresche*, *Wœlfler*, *Nichols*, *Kocher*, *Lardy*, *Albert*, *Cimbali*, 224; *Treves*, *Musser*, *Smith*, *Morton*, *Gaston*, *Pepper*, *Ransohoff*, *Murtry*, *Fitz*, *Kibler*, 227; *Nancrede*, *Sands*, 228; *Minkowski*, *Benséjac*, *Tait*, *Olshausen*, *Verchère*, *Senn*, 230; *Curtis*, *Bull*, *Schmidt*, *Mac Gill*, *Walsham*, *Fischer*, *Robson*, 235; *Hahn*, *Nicoladoni*, *Knie*, *Lauenstein*, *Maydl*, *Jessett*, *Bergmann*, *Penrose*, 237; *Sinclair*, *Horteloup*, *Windt*, 238. — Maladies des voies urinaires, *Guillet*, *Lejars*, *Miltas*, *Thiriar*, *Reverdin*, *Cosh*, *Beavee*, *Hergott*, 243; *Blum*, *Brown*, *Le Fort*, 246; *Gross*, *Burchard*, *Engelbach*, 247; *Casper*, *Roux*, 248. — Amputations, *Rydygier*, *Chauvel*, *White*, *Ridlow*, *Gibney*, *Stewart*, *Page*, *Lowett*, 250; *Kirmisson*, 252. — Pied bot, *Blum*, *Whitman*, *Ellis*, *Krauss*, *Graser*, *Bradford*, 252. — Anthrax, *Verneuil*, *Maskett*, 256.

OPHTALMOLOGIE.

Astigmatisme, *Martin*, 257. — Myopie, *Rieiz*, *Kœnig*, *Chauvel*; nystagmus, *Beaunis*, 258. — Kératites, *Terson*, *Millingen*; trachome, *Schneller*, 259. — Ruptures cornéennes, *Nuel*; conjonctivites, *Emmert*, *Kœnigstein*, 260; *Baas*, *Goldzieher*, *Reich*, *Augagneur*, 261. — Lésions du nez et de l'œil, *Gradle*, *Ziem*, 262. — Panophtalmie, *Rolland*; maladies de la rétine, *de Wecker*, 263; *Mules*, *Miley*, 264; *Lang*, *de Lapersonne*; iridectomie, *Abadie*, 265. — Sarcome ciliaire, *Haensell*; lésions de l'œil par la foudre, *Buller*, 266. — Scotome, *Burnett*; glaucome, *Schlegtendal*; ophtalmoplégie, *Hutchinson*; tumeurs du nerf optique, *Lawson*, 267. — Erythropsie, *Valude*; anesthésie de l'œil, *Bernheim*, *Schmidt-Rimpler*, *Herrnheisser*, *Straub*, *Purtscher*, 268.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Amygdale pharyngée, *Schœffer*, 269. — Polype de l'amygdale, *Lannois*, *Koch*; amygdalite, *Ziem*; névroses nasales, *Lafforgue*; occlusion du nez, *Potter*, 270. — Fibromes du nez, *Casselberry*; rhinosclérome, *Chiappa*; créoline, *Lichtwitz*; glandes laryngées, *Desvernine*, 271. — Syphilis du larynx, *Mauriac*, *Solis Cohen*, 272. — Paralysies du larynx, *Onodi*; lupus du larynx, *Marty*, 273. — Papillomes, *Hopmann*; enchondrome, *Ingals*, 274. — Cancer du larynx, *Baratoux*, *Scheier*, *Omboni*, 275. — Rétrécissements du larynx, *Solis Cohen*, *O'Dwyer*, 276. — Tubage du larynx, *d'Heilly*, *Waxham*, *Gay*, 277. — Menthol dans les maladies du larynx, *Beehag*; aérocèles, *Petit*, 278. — Lupus de l'oreille, *Gradenigo*; cholestéatomes, *Habermann*, 279. — Otites suppurées, *Weichselbaum*, *Zaufal*, *Netter*, 280; *Rohrer*, *Moos*, 281; *Lœwe*, 282.

REVUE GÉNÉRALE.

Centres respiratoires, *Langlois*, *de Varigny*, 283.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 317.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXIII

ANATOMIE.

Circulation cérébrale, *Hédon*, 401. — Lymphatiques du cerveau, *Rossbach*, *Sehrwald;* nerf pneumogastrique, *Laborde*, 402. — Nerfs de l'orbite, *Delbet;* nerfs du cœur, *Kasem-Beck*, 403; *Ott*, 404. — Valvules du cœur, *Darier*, *Curtis;* hématies, *Cianci*, *Angiolella*, 405. — Cornée, *Gutzmann*, *Leroy;* Iris, *Debierre*, 406. — Canal lacrymal, *Ewetzky;* aponévroses du cou, *Sebileau;* amygdales, *Retterer*, 407. — Rate, *Denys*, 408. — Atlas d'embryologie, *Duval*, 409. — Maturation de l'œuf, *Kultschisky*, 410. — Structure des glandes, *Flemming;* glandes buccale et nasale, *Gaupp;* spermatozoïdes, *Ballowitz*, 411. — Epiderme, *Zander*, 413. — Angle sternal, *Braune*, 414. — Pigment cutané, *Karg*, 415. — Eléidine, *Buzzi;* cartilage hyalin, *Solger*, 416. — Muscles, *Ranvier;* canaux de l'urètre, *Lejars*, 417. — Vaisseaux spermatiques, *Bimar;* cavité prévésicale, *Charpy*. 418. — Technique, *Dekhuyzen*, 419.

PHYSIOLOGIE.

Excitation du cerveau, *Franck*, 419. — Section du bulbe, *Brown Séquard;* centre des paupières, *Nickell*, 420. — Zone corticale de la vision, *Lannegrace;* centres vaso-dilatateurs, *Thayer*, *Pal;* excitabilité des nerfs, *Kaufmann*, *Brown-Séquard*, 421. — Oscillations du pouls, *Hurthle;* hémoglobine du sang, *Hermann*, 422. — Circulation placentaire, *Tœrgnren;* champ magnétique, *Hermann;* tétanos électrique, *Hanriot*, *Richet;* force du muscle, *Feurstein*, 423. — Excitation du muscle, *Régéczy*, 424. — Glycogène musculaire, *Schmelz*, *Aldehoff*, *Manché*, 425. — Sens de la température, *Vintschgau*, *Steinach;* température de la peau, *Kunkel*, 426. — Absorption cutanée, *Kopf;* tension électrique du corps, *Féré*, *d'Arsonval*, *Vigouroux*, 427. — Echanges nutritifs, *Hœsslin;* échanges gazeux, *Bohr*, 428. — Végétarisme, *Voit*, 429. — Extirpation du foie, *Nebelthau*, 430. — Innervation du foie, *Pal;* muqueuse intestinale, *Heidenhain*, 431. — Vision, *Charpentier;* toxicité de l'air expiré, *Brown-Séquard*, *d'Arsonval*, *Dastre*, *Loye*, 432. — Larynx, *Exner*, 433. — Odorat, *Zwaardemaker;* croissance, *Openheimer*, 434. — Rigidité cadavérique, *Bierfreund*, 435.

CHIMIE MÉDICALE.

Ferment peptique des urines, *Stadelmann*, 436. — Urines albumineuses, *Teissier*, *Roque;* acides gras de l'urine, *Salkowski;* urologie de la variole, *Robin*, 437. — Hydrogène sulfuré dans l'urine, *Rosenheim*, *Gutzmann;* sucre dans l'urine, *Pollatschek*, 438. — Albuminurie, *Posner;* acide urique, *Hermann*, 439; *Czapek*, 440. — Acide hippurique, *Boas*, 441. — Lécithine, *Gilson*, 442. — Sang dans les maladies infectieuses, *Ruyter;* sueur, *Buisine;* bactéries du lait, *Baginsky*, 443. — Acide de l'estomac, *Sjoqvist*, 444. — Bile, *Golin;* oxyhémoglobine et réduction dans la fièvre typhoïde, *Hénocque*, *Baudouin*, *d'Arsonval*, *Malassez*, 445. — Hémoglobine, *Hermann;* myosine, *Kühne*, *Chittenden*, *Hart*, 446. — Ferment de la putréfaction, *Salkowski;* corps albuminoïdes, *Sebelien;* furfurol, *Udransky*, 447. — Acide lactique du thymus, *Moscatelli*, 448. — Humeur aqueuse, *Gruenhagen;* indigo dans une tumeur, *Firket*, 449.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Coagulations sanguines, *Hayem*, 449. — Œdème, *Francotte;* thermopheugoscope, *Arnheim*, 450. — Localisations cérébrales, *Brown*, 451. — Thrombose des sinus, *Ferrari;* compression de la moelle, *Singer*, 452; *spronck;* lésions du myocarde, *Fantino*, 453. — Névrites, *Pitres*, *Vaillard;* scoliose, *Lesser*, 454. — Kératite, *Schottländer;* cataracte, *Charrin*, *Roger;* action du chlorure d'éthylène, *Panas*, 455. — Extirpation du pancréas, *Martinotti;* résection de l'intestin, *Orecchia*, *Chiarella;* tuberculose du foie, *Martin*, *Ledoux-Lebard*, *Cornil*, *Gilbert*, *Lion*, 456. — Matières vaccinantes, *Charrin*, *Ruffer*, 457. — Septicémie, *Foa*, *Bonome;* bacilles capsulés, *Banti;* streptococcus de la salive, *Netter;* microbe pyogène, *Héricourt*, *Richet*, 458. — Phagocytose, *Gallmaerts;* microbes des injections, *Ferrari*, 459. — Bacille du jéquirity, *Colpi;* vaccination tuberculeuse, *Solles;* cancer, *Baumgarten*, *Rosenthal*, 460; *Hahn*, *Wehr*, *Barnabei*, 461; *Makara*, 462. — Choléra, *Gilbert*, *Lion*, *Zasslein*, *Pernice*, *Lipari*, *Gamaleia*, *Lœwenthal*, 464. — Erysipèle, *Meerovitch;* impetigo contagiosa, *Tizzoni*, *Giovannini*, 464. — Noma, *Woronichin;* furoncle, *Schimmelbusch*, 465. — Diphtérie, *Roux*, *Yersin*, 466.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Action des sels, *Lewith*, *Hofmeister*, 467. — Thrombose par les poisons, *Silbermann;* décomposition des iodures, *Drechsel*, 468. — Antithermiques, *Laborde;* alcaloïdes de l'huile de morue, *Gautier*, *Mourgues;* acide sulfureux, *Wyss*, 469. — Iodol, *Cervesato;* acide sulfo-phénique, *Laplace;* sulfonal, *Algeri*, *Mairet*, 470. — Nitrite de cobalt, *Roosevalt;* éthers salicylés, *Lesnik*, 471. — Quinotoxine, *Hoppe Seyler;* anthrarobine, *Weyl;* antipyrine, *Hénoque*, *Egan*, *Hess*, *Brandenberg*, *Müller*, *Rapin*, 472. — Antisepsine, *Chirone;* créoline, *Sirena*, *Alessi*, 474. — Cystisine, *Prevost*, *Binet*;

élimination du mercure, *Kadkin*, *Borowski*, 475. — Cocculus, *Jacobi*, 476. — Empoisonnements par : le brome, *Schmalfuss ;* l'hydrogène arsénié, *Sury-Bienz*, 477 ; le chlore, *Sury-Bienz ;* la cocaïne, *Montalti*, 478 ; la quinine, *Tomaselli*, 479.

THÉRAPEUTIQUE.

Dictionnaire, *Dujardin-Beaumetz*, 479.— Acide fluorhydrique contre la tuberculose, *Raimondi*, *Sciolla*, *Gilliard*, *Hérard*, *Jaccoud*, *Gœtz*, 480. — Créosote contre la tuberculose, *Rosenbusch*, *Rosenthal*, 481 ; *Driver*, 482. — Myrtol désinfectant des voies respiratoires, *Eichhorst*, 482. — Acide camphorique, *Reichert*, *Fürbringer*, 483. — Phénacétine, *Pesce ;* phénylacétyl-hydrazine, *Dreschfeld*, *Lépine*, 484. — Salol et acide salicylique, *Aufrecht ;* ichthyol, *Lorenz*, *Meyer ;* hyperpyrexie rhumatismale, *Ord*, *Ankles*, 485. — Huile dans la lithiase biliaire, *Bernabei*, *Chauffard*, *Dupré*, 486. — Injections de sublimé dans les kystes hydatiques, *Baccelli*, *Sennett*, *Rossoni*, *Debove ;* action diurétique du mercure, *Bieganski*, *Hintzing*, *Schwass*, 487. — Traitement du tabes, *Stembo*, 488. — Injections salines, *Weiss ;* traitement de la diphtérie, *Renou*, 489.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Affections du système nerveux, *Leyden*, *Pitres*, *Vaillard*, *Streckheisen*, *Sattler*, *Féré*, *Schultze*, *Chiari*, *Kahler*, 490 ; *Déjerine*, *Joffroy*, *Syms*, *Mossé*, *Nonne*, *Hoffmann*, *Barié*, *Joffroy*, *Rütimeyer*, *Lumbroso*, 493 ; *Lannois*, *Horcholle*, 496 ; *Huckel*, *Macé*, *Beevor*, *Bressler*, *Basset*, *Edge*, *Natier*, *Zaldivar*, *Dutil*, *Marie*, *Bitot*, *Lamarque*, *Pitres*, 497 ; *Mendel*, *Pitres*, *Lumbroso*, *Hœbler*, *Clopatt*, *Girault*, *Gilles de La Tourette*, *Cathelineau*, 498.—Myoclonus, *Minkowski*, *Bechterew*, *Ziehen*, *Kny*, *Marina*, 502. — Myosites, *Unverricht*, *Waetzold*, *Wagner*, 504. — Affections du cœur, *Richardière*, *Weichselbaum*, *Fenwick*, *Gooldridge*, *Spratling*, *Timofejew*, *Rosenbach*, *Geigel*, *Renvers*, *Grawitz*, *Bucquoy*, *Marfan*, *Brieger*, *Sigg*, 506 ; *Fraentzel*, *Scheele*, *Bamberger*, *Kundrat*, *Fallot*, *Northrup*, *Capparoni*, 510 ; *Pernice*, *de Giovanni*, *Duclos*, *Déjerine*, *Huet*, *Walsham*, *Rendu*, 513 ; *Smith*, *Cuillé*, *Love*, *Faurrier*, *Prudden*, *Diggs*, *Batterham*, 515. — Affections broncho-pulmonaires, *Lumniczer*, *Basch*, *Galliard*, *Queirolo*, 517 ; *Palombieri*, *Mazzotti*, *Penzoldt*, *Gardinier*, *Latis*, *Rummo*, *Westbrook*, *Dernschinsky*, 516 ; *Smith*, *Bozzolo*, *Gerhardt*, *Cantoni*, *Zanda*, *Runeberg*, 522 ; *Villemin*, *Dittrich*, *Derville*, *Vierordt*, *Pepper*, *Griffith*, *Bompar*, *Lesser*, *Morel Lavallée*, 524. — Maladies de l'estomac, *Daraignez*, *Labougle*, *Müller*, *Pacanowski*, *Letulle*, *Chiari*, *Pribram*, *Peyer*, *Jürgensen*, *Alt*, *Boas*, *Hœberlin*, *Klemperer*, *Koocker*, 527. — Diabète, *Seegen*, *Auerbach*, *Fink*, *Cerné*, *Rosenfeld*, *Nivière*, *Mayer*, *Teschemacher*, *Pryce*, *Arthaud*, *Butte*, *Puech*, *Bagou*, *Futterer*, 534. — Diarrhée et dysenterie, *Mercier*, *Litten*, *Pugibet*, *Vancossy*, 539. — Oreillons, *Haldeman*, 540. — Farcin, *Bucquoy ;* infections combinées, *Stern*, *Hirschler*, 541. — Intoxication hydatique, *Debove ;* myxœdème, *Ord*, 542. — Paludisme, *Mossé*, 543.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Leçons, *Terrillon*, 543. — Salpingites, *Schauta*, *Gusserow*, *Freund*, 545. — Hystérorraphie dans la rétroversion, *Lee ;* prolapsus utérin, *Schücking*, 547. — Opération d'Alexander, *Roux ;* varicocèle, *Dudley*, 548. — Urétrocèles, *Piedpremier*, *de Brinon ;* cancer de l'utérus, *Abel*, *Fraenkel*, 549 ; *Valat*, *Orthmann*, 550. — Cancer clitoridien, *Dauriac ;* ablation du cancer, *Sécheyron*, *Terrier*, *Verneuil*, *Bourges*, 551. — Myomes utérins, *Fraenkel*, 554. — Abcès vaginal, *Grandin ;* hydatides utérines, *Marsh*, 555. — Ovariotomie, *Polaillon*, *Martin*, 556. — Bactériologie des lochies, *Czerniewski*, *Ott*, 557. — Infections puerpérales, *Hansen*, *Leopold*, 558. — Grossesse et péritonite, *Krukenberg*, 559. — Utérus puerpéral. *Auvard ;* tumeur placentaire, *Auvard ;* placenta double, *Guéniot ;* bassin en entonnoir, *Fleischmann*, 560. — Albuminurie et éclampsie, *Lantos ;* accouchement prématuré, *Chenevière*, 561. — Hydropisie de l'amnios, *Lesage ;* avortement, *Collucci ;* grossesse extra-utérine, *Meyer*, *Zajaitsky*, 562 ; *Meinert*, *Treub*, *Morison*, 563. — Opération césarienne, *Caruso*, 566.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Erythème, *Audry*, *Girode*, *Guilland*, 567. — Eczéma, *Bœck ;* dermatite exfoliatrice, *Girode ;* ecthyma, *Baudoin*, *Wickham ;* prurit, *Bulkley*, *Robinson*, 568. — Gale, *Riehl ;* purpura, *Hutchinson*, 569. — Lichen, *Barlow*, *Herxheimer ;* acné, *Behrend*, 570. — Sclérodermie, *Mery*, 571 ; *Erben*, 572. — Xérodermie, *Brigidi*, *Marcacci*, 572. — Molluscum, *Neisser ;* éléphantiasis, *Grassner ;* herpès, *Török*, 573. — Langue noire, *Lannois ;* tuberculose, *Düring ;* lèpre, *Rake*, *Allen*, 574. — Lupus, *Leloir*, *Hallopeau*, *Wickham*, *Morice ;* alopécie en aires, *Robinson*, 575 ; *Pontoppidan*, 576. — Trichomycose, *Juhel-Rénoy ;* folliculites, *Pallier*, 576 ; *Niclot*, 577. — Epilation par électrolyse, *Brocq*, 577. — Teignes, *Campana*, *Mibelli*, 578. — Exanthèmes médicamenteux, *Taylor*, 578 ; *Szadek*, 579. — Syphilis de la face, *Hallopeau*, *Wickham ;* syphilis des reins, *Boukkeieff*, 579 ; *Tommasoli*, 580. — Blennorragie, *Welander*, *Mibelli*, *Dormand*, *Admansson*, 581.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Amnésies, *Rouillard ;* aphasie, *Farges ;* manie postopératoire, *Shepherd*, 582. — Dermonévrose, *Chambard ;* stupeur mentale, *Turner*, 583. — Délire récurrent, *Descourtis ;* folie à double forme, *Gilles*, 584. — Paralysie générale, *Arnaud ;* cerveau des imbéciles, *Beach ;* idiotie, *Bourneville*, *Sollier*, *Pilliet*, *Raoult*, *Bricon*, 585 ; *Bourneville*, 586. — Albuminurie des aliénés, *Kœppen*, 586. — Sécrétion gastrique des aliénés, *Pachoud ;* hyoscine chez les aliénés, *Dornbluth*, *Kny*, 587. — Méthylal et antifébrine chez les aliénés, *Boubila*, *Hadjés*, *Mickle*, 588. — Epilepsie, *Féré*, 588 ; *Lemoine*, *Binswanger*, *Pitres*, 589 ; *Bourneville*, *Bricon*, 590 ; *Sighicelli*, 591. — Odorat des criminels, *Ottolenghi*, 592.

MÉDECINE LÉGALE.

Entomologie, *Mégnin*, *Yovanovitch*, 592. — Destruction des tatouages, *Variot;* taches de sang, *Katamaya*, 593. — Docimasie gastro-intestinale, *Nikitin*, 594. — Mort par abus d'alcool, *Seydel;* diagnostic médico-légal, *Obolonsky*, 596. — Mort par coups sur l'abdomen, *Minovici*, 597. — Rupture du gros intestin, *Paltauf;* ulcère de l'estomac, *Sirena*, 598. — Diabète traumatique, *Brouardel*, *Richardière*, 599. — Empoisonnements par la créosote, *Marcard*, 600; par l'oxyde de carbone, *Falk*, 601; *Emmert*, 602; *Katamaya*, 603; *Poelchen*, *Brouardel*, *Pouchet*, 604.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie, *Roux*, 605. — Pansements, *Reverdin*, *Barette*, *Lepage*, 606. — Lésions du crâne et du rachis, *Mac Ewen*, *Lloyd*, *Deaver*, *Nancrede*, *Keen*, *Galvan*, *Mossé*, *Texier*, *Souques*, *Stokes*, 607; *Adamkiewicz*, 612; *Ildebrand*, *Bergmann*, *Rockwell*, *Voss*, *Abbe*, 613; *Demoulin*, 616. — Lésions des nerfs, *Quénu*, *Verneuil*, *Arndt*, *Page*, *Dercum*, 616; *Demars*, *Brown-Séquard*, *Chauveau*, *Laborde*, *Ehrmann*, *Leprévost*, 617; *Zuckerkandl*, *Salzer*, *Schuller*, 618. — Thyroïdectomie, *Köhler*, *Zesas*, *Wiesmann*, *Kümmel*, *Obalinski*, *Marshall*, *Howell*, 620. — Affections de l'abdomen et des voies digestives, *Terrillon*, *Weir*, *Mollière*, *Fortunet*, *Pic*, *Labbé*, *Rémy*, *Bérard*, *Fenger*, 623; *Teziakoff*, *Gedevanoff*, *Benisovitch*, *Goshkevitch*, *Kolpin*, *Ternovsky*, *Dalton*, *Coley*, *Dixon*, *Richardson*, *Cabot*, 626; *Fitz*, *Curtis*, *Mudd*, *Antonescu*, *Dufourt*, 629; *Augier*, *Stolypinsky*, *Rouvier*, 632; *Vollbrecht*, *Bardenheuer*, *Socin*, *Strohe*, 633; *Schmorl*, *Zenker*, 635. — Maladies de l'appareil urinaire, *Tuffier;* *Landau*, *Duret*, *Villard*, *Schmidt*, 536; *Guillet*, *Tuffier*, *de Paoli*, *Busacchi*, *Pérez*, 639; *Guyon*, *Boseman*, *Dun*, 640 *Parona*, *Eigenbrodt*, *Callionzis*, *Bureau*, *Polaillon*, *Legrand*, *Grant*, *Lesur*, *Verchère*, *Stone*, 641; *Schmidt*, *Mac Guire*, 647; *Cripps*, *Troisfontaines*, *Fort*, *de Paoli*, *Cauchois*, *Socin*, 648; *Bernhardt*, 649. — Affections des os et des articulations, *Secheyron*, 651; *Poncet*, *Barié*, *van Hook*, *Patron*, 652; *Marsh*, *Mollière*, *Powers*, *Mauley*, *Lauenstein*, *Hoffa*, *Rinne*, 654; *Kaufmann*, *Köhler*, *Israël*, *Roux*, *Condamin*, 656. — Amputations, *Adelmann*, *Ashhurst*, *Lauenstein*, *Helferich*, 658. — Scoliose, *Fischer;* nécrose phosphorée, *Magitot*, 661. — Tétanos céphalique, *Guiffre*, *Terrillon*, *Schwartz*, *Charvot*, *Remy*, *Villar*, 662. — Abcès du poumon, *Spillmann*, *Haushalter;* thoracotomie, *Bœckel;* kystes des mâchoires, *Albarran*, 664. — Fistules du cou, *Arndt;* tumeurs de la langue, *Poncet*, *Bergmann*, 666. — Tourniole, *Chambard;* hydatides des muscles, *Marguet*, 667. — Parasites du sacrum, *Kleinwächter*, 668. — Récidives de cancers, *Plicque*, *Meyer*, 669. — Brachydactylie, *Derode;* anthrax, *Weir;* hémarthroses, *Nélaton*, *Brasse*, 670.

OPHTALMOLOGIE.

Astigmatisme, *Norrie;* réfraction, *Bongers*, 671. — Myopie, *Weiss;* achromatopsie, *Verrey*, 672. — Acuité visuelle, *Talko;* œil cyclope, *Valude*,

Vassaux ; mouvements des paupières, *Adamuk*, 673. — Microphtalmie, *Bœcker;* tumeurs de l'orbite, *Emrys Jones*, 674 ; *Smitt, Mazza*, 675. — Blépharospasme, *Samelsohn;* mouvements palpébraux, *Helfreich*, *Uhthoff*, *Just*, 676. — Ptosis, *Darier ;* symblépharon, *de Lapersonne*, 677. — Conjonctivite, *Rhein;* kératite, *Lawford, Meyer*, 678. — Greffe cornéenne, *Hippel, Wagenmann*, 679. — Courbure de la cornée, *Eissen*, 680.—Lavage de l'œil, *Magnus;* panophtalmie, *Panas*, 681. — Iritis, *Nettleship;* aniridie, *Felser;* ectopie du cristallin, *Heddaeus*, 682. — Anomalies, *Sulzer ;* rétinite, *Peltesohn*, 683 ; *Wecks, Michaelsen*, 684 ; *Mellinger, Wagenmann*, 685. — Embolie rétinienne, *Hirschberg*, 686. — Paralysies oculaires, *Hosch*, 686 ; *Fürst, Kœnig*, 687 ; *Stolting, Bruns ;* nystagmus, *Norrie*, 688. — Cécité nystérique. *Griffith ;* lésions par accidents de chemins de fer, *Badal*, 689. — Atrophie optique, *Browne ;* oscillation pupillaire, *Norrie ;* tumeurs ciliaires, *Mules*, 690. — Glaucome, *Stolting, Hirschberg, Straub*, 691. — Tumeurs oculaires, *Basevi ;* corps étrangers, *Pflüger*, 692; *Laqueur*, 693. — Coloboma, *Dor*, 693. — Naphtol en oculistique, *Budin, Vignal, Valude;* amblyopie toxique, *Nieden;* antipyrine en oculistique, *Mergle*, 694.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Bourse pharyngée, *Raugé ;* hypertrophie de la luette, *Leoni, Ghinozzi, Egidi*, 695. — Examen de la gorge, *Chappell ;* asthme nasal, *Bosworth ;* fièvre des foins, *Natier*, 696. — Goitre et lésions nasales, *Hopmann, Stocker ;* empyème du sinus maxillaire, *Bronner, Bayer*, 697. — Empyème du sinus frontal, *Schutter ;* ozène, *Hajek*, 698. — Coryza caséeux, *Potiquet;* rhinosclérome, *Melle, Parloff, Stépanoff*, 700. — Tumeurs du nez, *Le Dentu, Bramann*, 701 ; *Fenger, Montaz, Ollier*, 702. — Rhinoplastie, *Kemperdick;* spasme glottique, *Ruault*, 703. — Paralysies laryngées, *Jelenffy ;* laryngite, *Heymann* 704 ; *Laplaca;* tumeurs du larynx, *Ferreri, M'Bride*, 705. — Epiglotte bifide, *Schreiber ;* tuberulose laryngée, *Tissier, Gouguenheim*, 706 ; *Schaeffer, Bonome, Dehio, Hennig, Cartaz*, 707. — Corps étrangers, *Razamowsky;* cancer du larynx, *Butlin, Newman*, 709; *Sémon, Hoffa*, 710. — Tamponnement de la trachée, *Langenbuch*, 710. — Maladies des oreilles, *Suné y Molist, Gradenigo*, 711, 712 ; *Baginsky, Lannois, Ollier de Vergèze*, 762 ; *Berger, Ricard*, 713 ; *Gradenigo, Williams, Hessler, Kipp*, 714.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES

Statistique de l'armée française, 715. — Pertes en guerre, *Frölhich*. — Guerre franco-allemande, 716. — Assistance aux blessés, *Mollière;* modèles de lits pour ambulances, *Port*, 719. — Corps étrangers des plaies, *Fraenkel;* pansements en chirurgie d'armée, *Redon*, 720. — Plaies par armes à feu, *Wagner*, 721. — Ulcère du Tonkin, *Boinet*, 722, — Alimentation du soldat, *Karjejew*, 722 ; *Neudörfer*, 723. — Poisson comme aliment, 724.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 725.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Ueber die Entwickelung der Substantia gelatinosa Rolandi beim Kaninchen (Sur le développement de la substance gélatineuse de Rolando chez le lapin), par H. CORNING (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXI, Heft* 4, 1888).

La substance gélatineuse de Rolando tire son origine des cellules qui constituent la zone dorsale (postérieure) de la plaque interne (Innenplatte de His), et qui sont caractérisées surtout par ce fait qu'elles ne se différencient que longtemps après les éléments ganglionnaires des cornes antérieures. Cette zone prolifère activement, de chaque côté, et envoie jusqu'à l'endroit où pénétreront les racines postérieures une sorte de bourgeon continu qui n'est autre chose que l'ébauche de la substance gélatineuse de Rolando. Au début, les éléments cellulaires de ces bourgeons latéraux ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la plaque interne; par contre ils ne ressemblent aucunement à ceux qui forment la plus grande partie de la moitié ventrale de la substance grise, encore moins à ceux des cornes antérieures. Plus tard surviennent deux transformations : 1° les cellules des bourgeons se différencient; 2° ceux-ci s'éloignent de la ligne médiane et perdent leurs connexions avec la plaque interne. La première transformation semble se faire vers le dix-huitième jour, et elle a pour résultat de donner à tous les éléments de la substance grise (sauf ceux des cornes antérieures) des caractères assez uniformes. Ceci n'est vrai toutefois que dans une certaine mesure, et pour un stade donné, car bon nombre de cellules diffèrent des autres par des particularités importantes (cellules ganglionnaires et cellules névrogliques), et l'on observe des variations considérables dans une même région suivant l'époque du développement.

La séparation des bourgeons d'avec l'assise cellulaire qui leur a donné naissance, coïncide avec l'atrophie et la disparition de la portion dorsale du canal de l'épendyme, mais elle ne se fait pas partout en même temps :

ainsi dans la moelle cervicale elle se fait plus tard que dans le segment dorso-lombaire.

Les bourgeons cellulaires une fois détachés de leur souche subissent certaines modifications histologiques avant d'arriver à l'état de substance gélatineuse adulte, mais l'auteur ne les étudie pas. En somme, la substance de Rolando est une formation qui rappelle encore, après la naissance, l'état embryonnaire lequel persiste plus longtemps au niveau du segment postérieur des cornes postérieures, que dans les autres régions de la substance grise. A. NICOLAS.

Die Ganglienzellen des Gehirns bei verschiedenen neugeborenen Thieren (Les cellules ganglionnaires du cerveau chez plusieurs animaux nouveau-nés), par E. du BOIS-REYMOND (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 187, 1888).

Du Bois-Reymond communique le résultat de recherches entreprises, en 1870, sous la direction de Virchow, par E. Below.

Les cellules nerveuses de l'encéphale embryonnaire se développent en premier lieu dans la moelle allongée, en dernier lieu dans l'écorce cérébrale ; le développement progresse de la moelle allongée vers l'écorce du cervelet; puis vers le cerveau moyen et enfin dans les hémisphères, en suivant le trajet d'expansion des cordons de la moelle épinière dans le cerveau. Chez les mammifères dont les petits naissent faibles et entièrement dépendants de la mère (homme, chien, chat, rat, souris, lapin) les cellules ganglionnaires se développent tardivement et présentent encore au moment de la naissance des caractères embryonnaires. Les nouveau-nés qui présentent au contraire un certain degré d'indépendance au moment de la naissance et qui n'ont pas continuellement besoin de la protection maternelle (cheval, veau, porc, cobaye, mouton), ont, dès avant le moment de la naissance, des cellules ganglionnaires entièrement développées, tant dans la moelle allongée, le cervelet et le cerveau moyen que dans l'écorce des hémisphères. LÉON FREDERICQ.

Zur Kenntniss der Nerven und Nervenendigungen in den quergestreiften Muskeln der Wirbellosen (Contribution à l'étude des nerfs et des terminaisons nerveuses dans les muscles striés des invertébrés), par W. BIEDERMANN (*Sitzungsb. d. Kais. Akad. d. Wissens. Wien., Band XCVI, Heft* 1-5, 1888).

Les branches nerveuses contenues dans les muscles striés de l'écrevisse et des insectes sont constituées, en règle générale, par plusieurs cylindres d'axe renfermés dans une gaine commune de tissu conjonctif. Ces branches donnent naissance le long de leur trajet à de nombreux rameaux et ramuscules qui résultent de la division dichotomique et simultanée de tous les cylindres d'axe ou seulement de quelques uns de ceux-ci. Le fait le plus remarquable est que les plus fines ramifications sont toujours formées de deux cylindres d'axe accolés et parallèles, issus de cylindres d'axe morphologiquement différents. Ces deux cylindres d'axe se terminent dans les faisceaux musculaires, isolément mais apparemment de la même manière. Ces résultats ont été obtenus au moyen de la méthode de l'or et de la méthode d'Ehrlich (coloration des tissus vivants par le bleu de méthyle). A. NICOLAS.

Die Entstehung des Blutes bei Knochenfischembryonen (**L'origine du sang chez les embryons des poissons osseux**), par **H. E. ZIEGLER** (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXX*, 69 *p.*, 3 *pl*, 1887).

Laissant de côté les faits relatifs à l'embryologie spéciale des poissons osseux, pour ne tenir compte que des données ayant une portée générale, on peut résumer ce travail comme il suit :

1° Au sujet des feuillets et du périblaste chez les poissons osseux, Ziegler montre comment le périblaste se forme au pourtour et au dessous du disque germinatif, comprenant la « couche corticale » de His qui entoure la sphère vitelline, le « rempart germinatif » de His qui forme le rebord annulaire du blastoderme, et la « couche intermédiaire » de van Bambeke qui est sous-jacente au disque. Dans aucune de ces régions, le périblaste n'a une constitution cellulaire ; il ne s'y trouve que des noyaux libres, homologues aux noyaux des cellules vitellines chez les amphibiens. Les noyaux du périblaste, adaptés à la fonction de résorber le vitellus, subissent des modifications particulières, éprouvent des phénomènes de division directe, ou plutôt de fragmentation, que l'auteur, par comparaison avec des processus analogues dont il rapporte des exemples, est tout disposé à considérer comme des dégénérations. Par suite, les noyaux du périblaste sont incapables en cet état de produire des globules sanguins.

2° Un second paragraphe est consacré à l'origine du cœur. Le cœur consiste en un tube formé de deux couches, l'épithélium péricardique et l'endothélium cardiaque. Ce dernier prend naissance en même temps que nombre de cellules migratrices aux dépens d'un groupe de cellules mésodermiques ; ces cellules sont le prolongement du mésoderme céphalique, et sont situées entre l'entoderme et le péricarde (plaques latérales).

3° L'auteur s'occupe de la circulation chez l'embryon des poissons osseux.

4° L'origine des vaisseaux sur le sac vitellin forme la matière du quatrième paragraphe. Les vaisseaux ne sont d'abord que des courants circulatoires à trajet déterminé dans l'espace situé entre le sac vitellin et l'ectoderme, ou bien entre le vitellus et la splanchnopleure ; ces courants creusent sur le vitellus une gouttière qui se revêt peu à peu de cellules migratrices, et devient un tube à paroi endothéliale.

5° L'origine des corpuscules sanguins, enfin, est, pour Ziegler, la suivante : les corpuscules ne naissent pas du périblaste, mais sont, ainsi que les cellules migratrices, de provenance mésodermique. Les formations mésodermiques dont le sang dérive sont : 1° la « masse cellulaire intermédiaire », long cylindre plein, parallèle à l'axe du corps, qui se creusera ultérieurement pour donner la « veine principale » de laquelle proviennent les cardinales postérieures ; 2° le « tissu formatif », identique au mésenchyme d'Hertwig. La masse cellulaire intermédiaire et le tissu formatif ont à leur tour l'origine suivante : la première n'est autre que la masse mésodermique située entre les plaques latérales et les segments primitifs ; le second est formé par le mésoderme céphalique non différenciés par les segments primitifs et les plaques latérales, dont il est un bourgeonnement ou bien un résidu non différencié. A. PRENANT.

Ueber die Schleimhaut, besonders die Drüsen, der Oberkieferhöhle (Sur la muqueuse du sinus maxillaire et en particulier sur ses glandes), par PAULSEN (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXII, Heft* 1, 1888).

L'épithélium qui tapisse la muqueuse du sinus maxillaire est un épithélium cylindrique à cils vibratiles et renferme de nombreuses cellules caliciformes, particulièrement chez l'homme, le bœuf et le cheval; contrairement à l'opinion de Scheff, il ne reposerait pas sur une membrane basale. La surface du chorion n'est pas lisse mais présente des saillies de dimensions et de formes variables qui la rendent très irrégulière. Le chorion lui-même est riche en vaisseaux et en nerfs, et l'on observe fréquemment dans ses couches superficielles, sous l'épithélium, des amas parfois considérables de leucocytes que l'on pourrait prendre pour des follicules lymphatiques. Tel n'est pas cependant l'avis de Paulsen.

Les glandes se rencontrent constamment dans toute l'étendue de la muqueuse, ce sont généralement des glandes en tubes, mais leur répartition, leur nombre et leur forme varient suivant les animaux. L'auteur après les avoir décrites chez l'homme, le bœuf, le mouton, le cheval, signale une particularité que présente souvent leur canal excréteur et qui consiste en une dilatation localisée, plus ou moins considérable. Cette dilatation semble n'avoir rien de pathologique. Viennent ensuite des détails sur la constitution histologique de ces glandes. Chez le veau, le bœuf, le cheval, le lapin et le chat, les tubes renferment exclusivement les cellules caractéristiques des glandes séreuses. Chez l'homme, le chien, le mouton, on observe à la fois deux variétés d'éléments, des éléments protoplasmiques et des éléments muqueux. On n'y trouve pas de cellules marginales (croissants de Gianuzzi). Paulsen termine par quelques réflexions sur la manière dont on peut interpréter, au point de vue du mécanisme de la sécrétion muqueuse, l'existence de ces deux variétés cellulaires. A. NICOLAS.

Die Entwickelung des Parietalauges bei Anguis fragilis und Lacerta vivipara (Le développement de l'œil pariétal chez Anguis fragilis et Lacerta vivipara), par H. STRAHL et E. MARTIN (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 2-4, 1888).

Voici les principales conclusions des auteurs :

L'œil pariétal, issu de l'ébauche épiphysaire dont il s'est détaché, consiste au début en une vésicule formée de cellules semblables à celles de la paroi du système nerveux central. La partie antérieure et superficielle de la vésicule se différencie en cristallin; le reste devient la rétine. La rétine offre bientôt deux couches, l'interne, claire, riche en mitoses, l'externe renfermant des noyaux au repos, couche nucléée interne. Plus tard paraît un cordon nerveux qui, parti du toit du tube nerveux central juste au-devant de la racine de l'épiphyse, unit l'œil pariétal au cerveau. Les fibres nerveuses, en s'étalant à la face externe de la rétine, constituent à cette dernière une troisième couche. Puis paraît une quatrième couche rétinienne, formée de nombreuses cellules, couche nucléée externe. Le pigment, d'abord disséminé dans la couche nucléée interne, se répartit ensuite dans la zone claire interne. Au-devant de l'œil pariétal

se développe une véritable cornée, absolument comparable à celle des yeux proprement dits. Le nerf de l'œil pariétal subit, dans les stades âgés du développement, une régression telle qu'on ne peut plus le suivre en dehors de l'œil, et qu'il ne demeure visible que dans la couche oculaire qu'il constitue. A. PRENANT.

Recherches sur les premières phases du développement de l'œil chez le lapin, par VASSAUX (*Thèse de Paris*, 1888).

Les principaux points sur lesquels l'auteur attire l'attention sont les suivants : 1° la fente rétinienne embryonnaire (fente optique fœtale de Kölliker) se déplace de dedans en dehors et la cause de cette rotation réside dans les inflexions de l'extrémité céphalique. La macula se trouve bien dans l'emplacement de la soudure de la fente embryonnaire. 2° La pédiculisation de la vésicule oculaire primitive se fait sans la participation de la vésicule cérébrale antérieure (Kölliker), et la cause de ce phénomène réside tout entière dans l'activité propre des cellules de la vésicule optique. Les cellules de la paroi, au niveau du col, restent étagées les unes au-dessus des autres en formant une paroi épaisse, tandis que celles de la vésicule se déplacent, s'intercalent les unes à côté des autres et constituent une paroi d'autant plus mince que la vésicule s'ectasie davantage. 3° Le début de l'invagination de la vésicule optique précède toujours l'apparition du cristallin ; par suite celui-ci, pas plus que le mésoderme, n'exerce aucune influence mécanique dans le refoulement du feuillet distal contre le proximal, et l'invagination résulte de l'inégalité dans le développement des parties supérieure et inférieure de la vésicule et de l'épaississement du feuillet distal. 4° Le feuillet distal se développe par deux centres de multiplication cellulaire, très rapprochés l'un de l'autre et situés dans une direction diamétralement opposée à celle de la fente embryonnaire. De ce mode spécial de développement résulte un repli transitoire de la rétine, dû à un arrêt de développement à ce niveau. A. NICOLAS.

Sulla anatomia della retina, par F. TARTUFERI (*Archivio per le scienze mediche, vol. XI*, 1887).

L'auteur, appliquant à l'étude de la rétine la méthode de Golgi (bichromate de potasse et nitrate d'argent), est arrivé aux résultats suivants :

1. — La *réaction noire* ne permet d'observer dans les cônes et bâtonnets rien de plus que les procédés ordinaires; elle met nettement en évidence l'épaississement basilaire des fibres de cônes et les fibrilles qui en partent : 1° *fibrilles anastomotiques* qui unissent les épaississements basilaires entre eux; 2° *fibrilles unissantes* qui relient ces formations à la zone interne du réseau sous-épithélial.

2. — La couche réticulaire externe est formée de deux réseaux. L'un à mailles très étroites doit être rattaché au système de soutien de la rétine; l'autre est constitué (réseau sous-épithélial) par les fibrilles des épaississements basilaires qui en forment la zone externe, par les prolongements terminaux des grosses cellules superficielles et des cellules étoilées, ainsi que par ceux des cellules à plumet.

3. — La couche granuleuse interne (ou portion cellulaire de la pre-

mière couche cérébrale, la couche précédente étant la portion fibrillaire de celle-ci, renferme quatre types de cellules :

1° Les grosses cellules superficielles, dont les prolongements se perdent dans le réseau sous-épithélial, ou bien se rendent dans les parties profondes de la couche réticulaire interne.

2° Les cellules étoilées.

3° Les cellules à plumet *(cellule a pennacchio)*, éléments piriformes dont l'extrémité externe porte un bouquet de fibrilles qui vont contribuer à la constitution du réseau sous-épithélial. Elles possèdent, d'autre part, un prolongement interne qui traverse la couche réticulaire interne et se résoud en une houppe de fibrilles variqueuses qui s'anastomosent entre elles (réseau des houppes, *rete dei fiocchetti*).

4° Les spongioblastes de Müller, dont les prolongements se rendent à la couche réticulaire interne.

4. — La couche réticulaire interne comprend : 1° un réseau de soutien; 2° un réseau formé par les prolongements des grosses cellules superficielles, des spongioblastes et des cellules ganglionnaires.

5. — Il existe deux types de cellules ganglionnaires : 1° des grosses, dont le pôle externe fournit le tronc commun des prolongements protoplasmiques qui se subdivisent à leur tour; le prolongement cylindre-axe surgit dans les environs du pôle interne de la cellule; 2° des petites, dont le corps cellulaire fournit directement les prolongements protoplasmiques.

6. — Les fibres nerveuses sont d'inégales dimensions ; elles sont le prolongement direct des cylindres-axes des cellules précédentes et probablement aussi dérivent du réseau des houppes. A. NICOLAS.

Ueber das Verhältniss zwischen Zellkörper und Kern während der mitotischen Theilung (Sur les rapports du corps cellulaire et du noyau pendant la division mitotique), par F. TANGL (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXX*, 1887).

Pfitzner avait soutenu que, pendant la division mitotique, le noyau ne cessait pas d'être indépendant du corps cellulaire et demeurait fermé, sans que le suc nucléaire pût se mélanger à la masse interfilaire du protoplasma. Cette donnée permettait de rassembler, ainsi que le fit Waldeyer, les deux divisions directe et indirecte dans un même schéma, l'ancien schéma de Remak : le noyau se divise pour son propre compte en deux, puis le corps cellulaire en fait autant.

Tangl, se fondant sur des considérations d'ordre surtout technique, dans le détail desquelles il est impossible d'entrer, pense au contraire que, la membrane nucléaire achromatique une fois dissoute, il n'y a plus de limite qui sépare le noyau du protoplasma, et qu'alors le suc nucléaire peut se mélanger à la masse interfilaire du corps cellulaire. A. PRENANT.

Zwei junge menschliche Embryonen (Deux jeunes embryons humains), par JANOSIK (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXX*, 36 *p.*, 2 *pl.*, 1887).

Janosik a eu à sa disposition deux embryons humains très jeunes, dont l'un était en assez bon état de conservation et pouvait être étudié avec fruit, même au point de vue histologique. Cet embryon qui mesurait 3 millimètres de longueur, du vertex au sommet de l'incurvation caudale,

et qui était approximativement âgé de 15 jours, peut prendre place à côté de l'embryon M de His, et même à certains égards paraît plus jeune que ce dernier. L'auteur décrit, appareil par appareil, tout ce qu'il a pu observer; il va de soi qu'une telle description ne saurait être résumée. Un point, cependant, mérite absolument d'être signalé : c'est la manière dont se comporte l'allantoïde. De l'intestin postérieur part un canal épithélial qu'accompagne de chaque côté une artère; ce sont le canal allantoïdien et les artères ombilicales. Le canal et les artères, abandonnant la paroi du corps, s'enfoncent dans un cordon qui n'est autre qu'un prolongement de la paroi droite du corps, et qui va se confondre avec le chorion. L'embryon est donc, par ce moyen, attaché au chorion; il n'existe pas d'allantoïde vésiculeuse et libre (comme Preuschen l'a affirmé), bien qu'*à priori* il faille bien admettre, suivant l'auteur, qu'à une certaine époque l'allantoïde ait offert cette disposition. A. PRENANT.

Ueber die Bildung der Richtungskörper bei thierischen Eiern (Sur la formation des corpuscules polaires dans les œufs des animaux), par ZACHARIAS (*Anat. Anz.*, 1er *juin* 1888).

Zacharias rend compte d'un travail de Weissmann et Ischikawa publié dans les Comptes rendus de la Société des naturalistes de Fribourg, où les auteurs établissent que dans les 66 espèces animales où l'on a constaté jusqu'alors l'expulsion de deux globules polaires, les œufs doivent toujours être fécondés pour être aptes à se développer, tandis que 14 espèces, dont les œufs se développent parthénogénétiquement, Blochmann et eux n'ont jamais trouvé qu'un seul globule polaire. Il y a donc là un fait très important, et qui prête à des considérations théoriques de la plus grande portée. A. PRENANT.

Das menschliche Ei (L'œuf humain), par NAGEL (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXI, Heft* 3, 81 *p.*, 2 *pl.*, 1888).

Après avoir, dans un historique détaillé, montré combien sont peu précises encore les données que nous possédons sur la structure de l'œuf humain, l'auteur expose les résultats de ses observations faites sur des œufs d'adultes opérées d'ovariotomie, de nouveau-nés et de fœtus.

1° Il décrit d'abord l'œuf et le follicule primordiaux. L'œuf primordial humain se présente avec les mêmes caractères chez le nouveau-né et chez l'adulte; ces caractères ne se modifieront qu'aux approches de la maturation. La vésicule germinative, située au milieu de l'œuf, a un diamètre qui paraît, si l'on compare entre eux des œufs appartenant à des ovaires d'âge différent, toujours le même, et qui est d'ailleurs indépendant de celui du vitellus. L'œuf primordial est dépourvu de membrane.

Le follicule primaire, constitué de cellules fusiformes, enveloppe complètement et sans solution de continuité l'œuf primaire. Relativement à l'origine des cellules du follicule et de l'œuf lui-même, l'auteur, qui ne veut d'ailleurs qu'effleurer cette question, se prononce en faveur de leur origine directe aux dépens de l'épithélium germinatif, admise par Waldeyer pour les animaux supérieurs, et généralisée par Ludwig, et rejette leur formation indirecte par bourgeonnement d'un œuf tout à fait primordial (Pflüger), ou encore par délimitation de territoires cellulaires dans une

masse protoplasmique nucléée (E. van Beneden). On peut avoir la preuve de l'origine épithéliale directe des follicules et œufs primordiaux dans leur continuité, encore existante chez le nouveau-né, avec l'épithélium, germinatif sous la forme de cordons de Pflüger (cordons figurant des invaginations épithéliales que l'on ne doit pas confondre avec les dépressions de la surface ovarique que Kapf a le premier décrites). L'œuf n'est donc pas, comme l'a soutenu récemment Valaoritis, un globule blanc émigré des vaisseaux. Le follicule ne doit pas son origine à l'œuf (Harz), moins encore à la tache germinative seule (Will, Balbiani, etc.); il n'est pas davantage formé par des cordons cellulaires dits cordons médullaires (Kölliker), au moins chez le fœtus humain, où Nagel n'a pas réussi à voir ces cordons. L'œuf primordial, une fois formé, ne se multiplie plus.

2° L'auteur consacre un second chapitre à l'œuf et au follicule en voie de croissance. Le follicule s'accroît par division de ses propres cellules (Flemming) et non pas par adjonction d'éléments produits par la division de l'œuf ou fournis par le stroma avoisinant; en même temps il se régularise; ses cellules, de fusiformes qu'elles étaient, deviennent cubiques, formant autour de l'œuf une « couronne radiée » régulière. Quand le follicule a acquis, par multiplication de ses éléments, plusieurs assises cellulaires, ou même dès son début, il peut présenter çà et là de grandes cellules claires, rappelant les « Epithelvacuolen » de Flemming, et que l'auteur considère comme des cellules nutritives, qui serviront à la production du « liquor folliculi ». Au lieu que chez certains mammifères l'apparition de ce liquide se fait en plusieurs points du follicule à la fois, elle n'a lieu chez l'homme que là où ne se formera pas plus tard le disque proligère, c'est-à-dire du côté de la surface ovarique. Les tuniques conjonctives externe et interne du follicule s'étant constituées, entre cette dernière et l'épithélium folliculaire paraît une membrane anhiste (membrana propria folliculi); cette membrane se forme en même temps que la zone pellucide de l'œuf; Nagel les regarde d'ailleurs toutes deux comme d'origine folliculeuse.

L'œuf s'accroît régulièrement, sans changer de caractères, et atteint sa taille maximum; à ce moment se forme la zone pellucide; dès lors l'œuf n'éprouve plus d'accroissement. Ce n'est qu'après que la zone pellucide est ébauchée et a même pris une certaine épaisseur que l'on commence à apercevoir dans l'œuf des matériaux deutoplasmiques qui se montrent d'abord toujours vers le centre de l'œuf. Ces données chronologiques permettent à l'auteur de rejeter l'idée de l'apport à l'œuf de matériaux nutritifs tout formés, et l'autorisent à penser que ces matériaux arrivent à l'œuf par voie de diffusion, et sont secondairement élaborés par l'œuf, qui en forme le deutoplasme.

3° Un troisième chapitre est consacré à l'étude de l'œuf ovarique définitif et de l'œuf ovarique mûr ou en voie de maturation, termes que l'auteur définit. On trouve sur un œuf définitif extrait de l'ovaire les formations suivantes : l'épithélium ovulaire ou corona radiata — la zone pellucide ou chorion, où l'auteur n'a pu voir ni micropyle ni pores canaliculaires mais seulement une striation radiée, attestant sans doute le mode de formation de la zone pellucide par des prolongements des cellules de l'épithélium ovulaire — l'espace périvitellin, qui n'est nullement, comme

le veut V. Beneden, un signe de maturation, mais règne autour de l'œuf alors que la zone pellucide ne fait que se former — le vitellus, que ne recouvre aucune « membrane vitelline » spéciale, et qui est formé de dehors en dedans : 1° d'une couche protoplasmique claire presque homogène ; 2° d'une zone fortement granuleuse où le deutoplasme commence à se former ; 3° de deutoplasma — la vésicule germinative, et la tache germinative dont l'auteur a vu les mouvements amiboïdes, refoulées par l'accumulation du deutoplasme à la périphérie de l'œuf.

Les œufs en voie de maturation se distinguent des œufs définitifs par les contours indistincts de la vésicule germinative, et par l'existence dans l'espace périvitellin de corps (globules polaires) de même nature que la tache germinative. A. PRENANT.

Étude sur les replis médullaires du poulet, par BERANECK (*Recueil zoologique suisse, t. IV,* 1887).

L'auteur avait annoncé, dans un précédent travail, que le cerveau postérieur du lézard se montre segmenté, partagé en cinq replis placés les uns derrière les autres. Dans le présent mémoire, il fait connaître qu'il a trouvé chez le poulet une disposition semblable, et donne des replis du poulet une description détaillée, en même temps qu'il étudie les rapports que ces replis présentent avec les nerfs craniens.

Les replis médullaires, caractérisés par une dilatation de la lumière du canal médullaire et par un épaississement de sa paroi, se montrent de très bonne heure chez l'embryon de poulet (26e-28e heure de l'incubation); ils ont donc une signification absolument primitive. Ils apparaissent constamment au nombre de cinq, les plus antérieurs étant les plus développés. Juste derrière le cinquième repli, paraît la première masse protovertébrale. Ce dernier repli marque donc les confins de la tête et du tronc.

Quant aux rapports qu'affectent les nerfs craniens vis-à-vis des replis médullaires, ils sont les suivants : le nerf trijumeau naît de la première et de la deuxième poches médullaires; on peut, de par l'origine du trijumeau, affirmer qu'il est un tronc nerveux complexe, formé de deux nerfs métamériques. Le troisième repli médullaire donne naissance à la fois au facial et à l'auditif, qui ne se séparent qu'ultérieurement; ces deux nerfs sont donc simplement deux branches, différemment adaptées, d'un nerf segmentaire unique. La quatrième poche, accolée à la vésicule auditive, donne le nerf moteur oculaire externe. De la cinquième émane le glosso-pharyngien. Quant au nerf vague, il appartient non pas à la région céphalique, mais à la partie spinale du tube médullaire, et naît en arrière du cinquième repli médullaire par plusieurs racines, fusionnées ensuite en un tronc unique.

Enfin, à propos des organes des sens branchiaux de Beard, l'auteur fait voir qu'ils n'ont pas la disposition segmentaire que Beard leur avait attribuée, et qu'ils ne donnent pas naissance aux ganglions des nerfs craniens qui sont déjà visibles avant eux. A. PRENANT.

I. — Das Schlundspaltengebiet des Hühnchens (Le territoire branchial chez le poulet), par N. KASTSCHENKO (*Archiv f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth.*, 1887).

II. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Kiemenspalten und ihrer Anlage bei amnioten Wirbelthieren (Contribution à l'étude des fentes branchiales chez les vertébrés amniotes), par E. LIESSNER (*Morphologisches Jahrbuch, Band XIII, Heft* 3, 1888).

I. — Sous le nom de « territoire branchial », l'auteur désigne toute la partie du corps de l'embryon qui comprend les fentes branchiales, complètes et rudimentaires, et leurs homologues. Il est caractérisé non seulement par certaines parties de la surface antérieure du corps et du tube digestif qui prennent une part immédiate à la formation des fentes, mais encore par les dispositions remarquables qu'affectent le système nerveux, le système vasculaire et les formations rudimentaires connues sous le nom d'organes des sens branchiaux. Kastschenko étudie successivement ces différents éléments : fentes branchiales, ébauches pulmonaire et thyroïdienne, nerfs, vaisseaux, organes des sens branchiaux, ébauche du thymus.

A l'époque où toutes les fentes (le terme fente n'impliquant pas communication entre le pharynx et l'extérieur) sont développées (4e jour), on trouve du côté de l'épiderme six sillons d'autant moins accentués que l'on s'éloigne de l'extrémité céphalique. A ces six sillons épidermiques correspondent cinq poches pharyngiennes. Le fond de la cinquième n'atteint jamais le sillon épidermique correspondant et en reste toujours séparé par un pont épais. Il n'y a pas de poche pharyngienne pour correspondre au sixième sillon épidermique. A ce stade, les trois premières fentes branchiales sont ouvertes : la première en un seul endroit situé à son extrémité dorsale (trou branchial, Schlundloch); la deuxième et la troisième également à leurs extrémités dorsales, mais en outre sur une certaine longueur de leurs extrémités ventrales (fentes ou fissures branchiales, Schlundspalte). La quatrième fente n'est jamais percée, encore moins la cinquième. Indépendamment de ces fentes, il existe un certain nombre de formations qui doivent être considérées comme des fentes rudimentaires. On les rencontre en avant aussi bien qu'en arrière des 5 fentes véritables, et elles se manifestent comme des sillons ou des dépressions peu accentués de l'ectoblaste d'une part, de l'entoblaste d'autre part; l'auteur appelle les sillons ectoblastiques antérieurs : gouttières céphaliques (Kopfrinnen), et il signale à l'appui de l'hypothèse précédente, relative à leur signification, les rapports qu'à leur niveau l'épiderme affecte avec des branches du ganglion de Gasser.

L'ébauche pulmonaire est paire : elle n'est autre chose que la partie postérieure non métamérisée des « tubes respiratoires ». L'auteur désigne sous ce nom (respiratorischen Schläuche) les deux diverticules allongés qui règnent tout le long des parties latérales du pré-intestin. Ces diverticules, confondus à leur extrémité antérieure pour former la poche de Seessel, se métamérisent dans leur partie moyenne pour constituer les poches pharyngiennes, et s'isolent peu à peu, de chaque côté de l'intestin, à leur extrémité postérieure, pour donner naissance

aux deux culs-de-sac pulmonaires. Le larynx et la trachée proviennent de l'étranglement de la partie ventrale du tube pharyngien.

Le nerf vague doit être considéré comme le nerf commun non segmenté des fentes et arcs postérieures rudimentaires et de leurs homologues. Il y a aussi des raisons de penser que le trijumeau est le tronc commun des fentes rudimentaires antérieures. Les cartilages du larynx, de la trachée et des bronches sont vraisemblablement les homologues des arcs rudimentaires postérieurs.

Pour ce qui concerne les vaisseaux, l'auteur montre que l'artère pulmonaire apparaît avant les arcs artériels postérieurs. Elle figure une artère centrale, qui alimente le segment postérieur des tubes respiratoires. Les arcs artériels postérieurs se développent comme des commissures entre l'artère pulmonaire et l'aorte.

Le thymus dérive des troisième et quatrième sillons épidermiques, et des troisième, quatrième et cinquième poches pharyngiennes. Il existe, en outre, au niveau de la deuxième poche pharyngienne, un épaississement de l'épithélium qui est probablement l'homologue du thymus des batraciens.

A signaler, enfin, les intéressants détails dans lesquels Kastschenko entre à propos des organes des sens branchiaux, ainsi que les considérations générales par lesquelles il termine son mémoire. A. NICOLAS.

II. — Depuis l'époque à laquelle His (1881) a prétendu que les *fentes* branchiales n'existaient pas chez les vertébrés supérieurs, et qu'il n'y avait que des *poches* ectodermiques correspondant à des *poches* entodermiques, et séparées de celles-ci par des cloisons *continues*, un certain nombre de travaux ont été publiés, les uns confirmant les travaux de His, les autres concluant, au contraire, à l'existence de véritables fentes. Après un historique sommaire, Liessner expose les résultats de ses propres recherches qui ont porté sur des reptiles (lacerta vivipara), des poulets et des mammifères (brebis).

Chez le lacerta, les deux premières paires de fentes branchiales sont constamment ouvertes; la troisième paire ne l'est que rarement et à un stade avancé; la quatrième ne présente qu'exceptionnellement une ouverture; quant à la cinquième, il est très vraisemblable qu'elle reste toujours cloisonnée; elle n'est plus une fente, grâce à la persistance de la lame qui sépare la poche entoblastique de la poche ectoblastique.

Chez le poulet, la communication entre la cavité pharyngienne et l'extérieur se fait aussi au niveau des poches branchiales, c'est-à-dire que les cloisons qui réunissent les arcs adjacents sont interrompues en certains endroits. De pareilles ouvertures s'observent constamment au niveau des première et deuxième paires de poches. Celle qui correspond à la deuxième paire est toujours la plus large et celle qui persiste le plus longtemps.

La lame qui sépare la troisième paire de poches n'est que très rarement perforée; lorsqu'elle l'est, la communication est étroite et n'a qu'une durée très courte.

Enfin, les quatrième et cinquième paires ne communiquent jamais entre elles.

L'auteur a examiné trente embryons de brebis, et chez deux seulement il a pu constater l'existence de fentes ouvertes. Les cloisons cor-

respondant aux trois premières paires de poche étaient, dans leur plus grande étendue, constituées par l'adossement du feuillet interne et du feuillet externe, tandis que celle appartenant à la quatrième paire était formée par les trois feuillets. Chez ces deux embryons, les ouvertures n'existent qu'au niveau de la première et de la deuxième paire de poches, et encore chez l'un d'eux ne s'observaient-elles que d'un seul côté; celles qui répondaient à la deuxième paire étaient les plus larges.

Jamais la troisième paire n'est ouverte, à plus forte raison la quatrième. Quant à une ébauche d'une cinquième paire, Liessner n'en a pas trouvé la moindre trace chez aucun des embryons qu'il a examinés.

En résumé, l'existence de véritables fentes branchiales, c'est-à-dire d'orifices faisant communiquer la cavité intestinale avec l'extérieur, paraît démontrée, et les recherches précédentes montrent en outre que la tendance à la réduction des arcs et des fentes (cinq et même six chez les reptiles; cinq chez l'oiseau, quatre chez les mammifères), à la fermeture de plus en plus complète des fentes par des cloisons de plus en plus épaisses, et à leur oblitération définitive, se fait d'arrière en avant, et s'accentue au fur et à mesure que l'on se rapproche des vertébrés supérieurs.

A. NICOLAS.

Étude sur la structure intime de la cellule musculaire striée chez les vertébrés, par van GEHUCHTEN (*La Cellule*, *t. IV*, *fasc.* 2, 74 *p.*, 3 *pl.*).

Ce travail fait suite à un mémoire sur la cellule musculaire des Arthropodes (*R. S. M.*, XXXI, 407). L'auteur y maintient pour les vertébrés les conclusions de ses recherches sur les Arthropodes.

La structure intime de la cellule musculaire est identique dans les deux embranchements (à condition que l'on n'ait en vue que les fibres musculaires striées des Arthropodes, c'est-à-dire les fibres musculaires ordinaires, et qu'on laisse de côté les cellules musculaires des ailes de certains insectes et autres analogues, qui ont une structure toute particulière).

La fibre musculaire striée est constituée de deux éléments nettement distincts : un réticulum et un enchylème. Le réticulum est organisé ; il forme un vaste réseau qui traverse toute la fibre, et dont les mailles communiquent largement les unes avec les autres; il est réfractaire aux réactifs digestifs ou dissolvants, tels que l'acide chlorhydrique et la potasse faible, qui le mettent en évidence en détruisant la substance où il est plongé ; le réticulum est enfin isotrope ou monoréfringent. L'enchylème est amorphe, semi-liquide, très riche en matières albuminoïdes parmi lesquelles la myosine est caractéristique ; l'enchylème est situé dans les mailles du réticulum où on peut le coaguler sous l'influence de réactifs durcissants tels que l'alcool, les sels métalliques, tandis qu'on peut le dissoudre par l'emploi des liquides digérants ; l'enchylème myosique, grâce aux albuminoïdes qu'il renferme, est anisotrope ou biréfringent.

Les recherches de l'auteur ont porté sur toutes les classes de vertébrés, mais particulièremont sur les Batraciens. Sur une fibre musculaire de grenouille examinée à l'état vivant, l'auteur reconnaît les détails suivants : des bandes claires alternant avec des bandes obscures ; les premières sont traversées en leur milieu par la strie transversale ou d'A-

mici, les secondes souvent par une strie de Hensen; il n'y a pas de disques accessoires.

Traitée par un coagulant tel que l'alcool, la fibre se décompose très facilement en filaments parallèles entre eux, dont chacun est alternativement grêle et renflé. Les renflements, tous situés à la même hauteur, et au niveau de la bande obscure, correspondent à ce qu'on a désigné du nom de bâtonnets musculaires. Les parties rétrécies occupent ce qui serait, sur la fibre vivante, la bande claire; elles portent chacune une petite nodosité; toutes les nodosités d'une même rangée sont reliées par un filament transversal qui n'est autre que la strie d'Amici. Une vue longitudinale d'une fibre musculaire ainsi traitée montre donc un réseau à mailles rectangulaires. Une coupe optique transversale, passant par la strie d'Amici, offre encore un réseau, à mailles polygonales, et dont les points nodaux sont épaissis. C'est donc un vrai réseau, formé uniquement de fils, qui constitue la charpente de la fibre musculaire. Il y a d'ailleurs, dans ce réseau, autre chose que le réticulum plastinien proprement dit; car van Gehuchten admet que l'enchylème s'est coagulé en partie autour des filaments longitudinaux et des points nodaux du réseau transversal, pour constituer les bâtonnets musculaires et les grains de la strie transversale. Lors donc qu'on obtient la dissociation de la fibre en fibrilles longitudinales, il faut bien se garder de croire que ces fibrilles sont des éléments préexistants, séparés les uns des autres par une prétendue substance interfibrillaire ou unissante; la fibrille n'est qu'une série verticale de trabécules longitudinales du réticulum enrobées dans un coagulum de myosine. De même si l'on réalise la séparation de la fibre en disques de Bowmann, il ne faut pas voir dans ces disques autre chose que des productions artificielles dues à l'isolement de tous les bâtonnets musculaires d'une même rangée.

Le réticulum de la cellule musculaire striée n'est autre que le représentant régularisé du réticulum que l'on trouve dans tout protoplasma. Ces noyaux, si nombreux, de la fibre musculaire appartiennent à une seule et même cellule (ces noyaux, de forme très variable, offrent un filament nucléaire spiroïde et continu, et sont parfois réduits à leur boyau nucléinien). Le sarcolemme représente la membrane de la cellule musculaire striée. A. PRENANT.

Zur Histologie des Ovarium, par J. JANOSIK (*Sitz. d. kais. Akad. d. Wiss. Wien., Band XCVI, Heft* 1-5, 1888).

L'ovule, ainsi que l'épithélium folliculaire, dérivent de l'épithélium qui recouvre la surface de l'ovaire, et certaines formations que Kölliker et Mihalkovics ont décrites comme follicules jaunes, n'ont pas cette signification : ce sont des cordons médullaires modifiés. Ces cordons existent chez tous les animaux que J. Janosik a examinés et chez l'homme, mais ils ne présentent pas partout le même degré de développement et n'apparaissent pas chez tous à la même époque, il en est de même pour les éléments homologues des cellules interstitielles du testicule; habituellement on les observe à une époque assez tardive. Quant à ces amas cellulaires plus ou moins constants, parfois énormes, que l'on rencontre dans l'ovaire de certains animaux (lapin, souris), l'auteur les considère comme des cordons médullaires hypertrophiés. On pour-

rait peut-être les regarder comme des formations analogues aux capsules surrénales, susceptibles de se développer aussi bien dans le testicule que dans l'ovaire.

Les follicules une fois formés peuvent, ou bien se développer complètement, ou bien s'atrophier. Dans le premier cas, l'ovule se revêt bientôt d'une membrane de plus en plus épaisse qui l'isole des cellules folliculeuses à une époque où celles-ci ne forment encore qu'une seule couche. Cette membrane ne dérive pas de l'œuf lui-même, mais, ainsi que l'a soutenu Waldeyer, elle est un produit des éléments folliculeux.

L'atrophie débute lorsque la membrane est encore très mince. Les cellules folliculeuses s'enfoncent dans l'intérieur de l'ovule qui se ratatine et prend un aspect homogène. Le noyau de l'œuf disparaît bientôt. Les éléments de la thèque conjonctive participent aussi activement au processus, et, à un certain stade, restent les seuls maîtres du terrain, l'ovule et les cellules folliculeuses ayant disparu sans laisser de traces. La destruction de ces dernières ne se fait cependant que lentement ; ce sont elles qui sont les premières atteintes par la dégénérescence atrophique lorsque la membrane ovulaire est épaisse, et dans ce cas aucun élément ne pénètre dans l'œuf. Les follicules qui renferment plusieurs ovules ne sont pas à l'abri de l'atrophie et l'auteur, ayant remarqué que les follicules mûrs ne renferment jamais plus d'un œuf, pense que tous ceux qui en contiennent plusieurs dégénèrent et disparaissent.

A. NICOLAS.

Ulteriori ricerche sulla distruzione e rinnovamento continuo del parenchima ovarico nei mammiferi (Nouvelles recherches sur la destruction et le renouvellement continuels du parenchyme ovarique chez les mammifères), par G. PALADINO (*In*-8° 230 *p.*, 9 *pl. Naples*, 1887).

Le très important mémoire de Paladino constitue une véritable histoire de l'évolution de la glande génitale femelle chez les mammifères. L'auteur dont les premières recherches sur cette question remontent à 1879 a complété et étendu ses anciennes observations et, rapprochant les faits nouvellement observés de ceux qui étaient déjà connus, il est arrivé à établir un ensemble de vues aussi originales qu'intéressantes. Le cadre restreint d'une analyse ne nous permet pas d'exposer avec quelque détail les nombreux faits contenus dans les quinze chapitres dont se compose l'ouvrage ; nous nous contenterons de signaler les conclusions les plus importantes que l'on peut tirer de chacun d'eux.

1° et 2° Les deux premiers chapitres ont trait l'un à l'exposé du but du travail, l'autre à la technique.

3° Le parenchyme ovarique des mammifères en général, et celui de la femme en particulier, est constamment le siège d'un double mouvement grâce auquel si d'une part il se détruit, de l'autre il se régénère. Les modes les plus ordinaires de dégénérescence sont : l'atrophie directe, la dégénérescence hyaline, la dégénérescence graisseuse, la dégénérescence granuleuse et le faux corps jaune. *a*) L'une des formes les plus particulières d'atrophie directe est celle qui s'accompagne de la désorganisation du noyau (chromatolyse), aussi bien dans les cellules de l'épithélium folliculaire que dans l'ovule. *b*) La dégénérescence hyaline s'observe à tous les âges de la vie ; elle attaque l'œuf et l'épithélium

folliculaire, quel que soit le degré de développement du follicule. L'auteur figure même des ovules dégénérés avec spermatozoïde dans le vitellus. La dégénérescence envahit l'œuf de diverses manières; tantôt elle débute par la zone pellucide, le contenu est alors détruit secondairement; tantôt elle atteint d'emblée le vitellus et la vésicule germinative. *c*) La graisse se trouve dans les éléments du follicule (œuf et épithélium) soit sous forme de gouttelettes plus ou moins volumineuses, soit, ce qui est exceptionnel, sous forme de cristaux.

4° Parallèlement à ce processus de destruction du parenchyme ovarique, il se fait continuellement un renouvellement de l'organe, véritable néogenèse, par invagination de l'épithélium germinatif. Cette régénération s'observe habituellement sur les faces latérales de l'organe, près du hile, mais on la rencontre aussi sur d'autres régions de la surface. Chez la femme, c'est même sur celle-ci qu'elle est le plus marquée, et elle présente en outre une particularité qui consiste dans la forme et les dimensions du point d'invagination de l'épithélium germinatif (incisure cratériforme). De même que la destruction, la régénération se manifeste depuis la période fœtale jusqu'à l'époque de la stérilité et elle est activée par diverses causes : évolution des corps jaunes, rut, grossesse, castration unilatérale.

5° Le mouvement continu de régénération du parenchyme ovarique ne s'accomplit pas avec la même intensité dans les différentes espèces et aux différents âges, mais il est en rapport direct avec la prolificité des espèces et en rapport inverse avec l'âge des individus, en d'autres termes : « le travail est en proportion du besoin ». Ce mouvement se réduit graduellement de la naissance à la puberté, époque à partir de laquelle il conserve à peu près la même activité pendant toute la période de fécondité; en même temps, les invaginations épithéliales se localisent de plus en plus et les enfoncements épithéliaux se transforment, d'amas qu'ils étaient, en véritables tubes épithéliaux. En un mot, le travail se perfectionne et se limite.

6° Ces observations mettent en évidence d'une façon indiscutable le type de structure tubulaire de l'ovaire, les tubes de Pflüger se développant à toutes les époques de la vie. La zone corticale de l'ovaire est revêtue par l'épithélium germinatif, dont les cellules tantôt cylindriques ou cubiques, sont, à d'autres places, aplaties, endothélioïdes (femelles adultes ou âgées). Disséminés çà et là, se voient des œufs primordiaux. L'albuginée n'est pas une membrane résistante; elle se laisse facilement traverser par les enfoncements épithéliaux, et, en outre, présente parfois des solutions de continuité étendues (femme, incisures cratériformes). Les tubes glandulaires et les follicules primordiaux se déplacent selon le degré de développement des follicules de de Graaf et selon le nombre et l'état des corps jaunes. Enfin, les rapports du parenchyme et du stroma dans la couche corticale varient suivant les espèces.

7° Dans la portion médullaire on distingue : 1° les tubes, résidus de l'organe segmentaire; 2° les tubes parenchymaux ovariques à cours excentrique. Les premiers comprennent : *a*) des tubes creux près du hile, agencés diversement suivant les animaux; *b*) des cordons cellulaires pleins intra-ovariens. Les tubes creux ont un épithélium cylindrique, vibratile, ils se ramifient et communiquent entre eux. Les cor-

dons pleins sont formés d'éléments polyédriques, irréguliers. La portion extra-ovarique de l'organe segmentaire est aussi constituée par des tubes à épithélium vibratile. Ces deux portions, intra-ovarique et extra-ovarique ne restent pas indifférentes dans les différentes phases physiologiques de la glande. Pendant le rut et la grossesse, leur épithélium se multiplie activement par karyokinèse. D'autre part, elles sont aussi le siège de dégénérescence, surtout la zone des cordons pleins.

Les tubes à cours excentrique proviennent de l'épithélium germinatif qui revêt les incisures du hile et de celui qui se prolonge sur le ligament de l'ovaire ; ils sont moins abondants chez les unipares que chez les multipares et diminuent avec l'âge.

8° La vie de l'œuf comprend deux phases : dans la première, il croît comme œuf primordial ; dans la seconde, il devient œuf proprement dit, son noyau se complique ; le protoplasme se charge de matériaux nutritifs. L'œuf primordial se multiplie par karyokinèse.

9° Les cellules folliculeuses possèdent des formes très variées, et sont munies de prolongements ramifiés, anastomosés avec leurs voisins. Il en résulte un réseau inter-cellulaire dont l'importance au point de vue de la circulation des plasmas nutritifs est considérable. Souvent les cellules disparaissent par places, il ne reste plus alors que le réseau (couche réticulée péri-ovulaire, par exemple). Les métamorphoses de l'épithélium folliculaire sont multiples : outre la substance nutritive qu'il fournit à l'œuf, il donne au liquide folliculaire divers produits, entre autres une sorte de matière muqueuse, particulièrement abondante lorsque le follicule est sur le point d'éclater, et un pigment jaunâtre.

L'évolution de l'ovule et des cellules folliculaires s'accompagne de transformations importantes dans le stroma périphérique, transformations qui consistent surtout dans la complication structurale de plus en plus accentuée de la thèque conjonctive et dans le développement plus considérable du système sanguin et lymphatique.

10° La maturation des follicules s'annonce par des changements caractéristiques dans l'œuf, dans la thèque et dans l'épithélium. Le plus facile à observer consiste dans l'accumulation de grosses cellules polyédriques dans la couche fibreuse et dans la membrane interne de la thèque folliculaire.

11° L'ovaire est un des organes les plus favorables à l'étude de la karyokinèse. Tous ses éléments : épithélium germinatif, œufs primordiaux, épithélium des tubes ovariques, des tubes médullaires, des follicules, cellules du stroma, etc., sont le siège de phénomènes de division, dont la fréquence varie évidemment suivant les périodes de la vie.

12° Dans l'évolution des corps jaunes vrais, il faut distinguer une période de préparation et une période de développement. La première est représentée par des modifications de la paroi du follicule (apparition des grosses cellules signalées plus haut) ; la deuxième commence après que le follicule a éclaté et consiste dans l'accroissement et la multiplication des éléments accumulés dans la thèque. En même temps la vascularisation s'accroît. L'épithélium folliculaire, pas plus que le sang, ne participe à la constitution du corps jaune qui reste une « néoformation conjonctive essentiellement vasculaire ». Les éléments conjonctifs se produisent par migration (surtout dans la période de préparation) et

par division indirecte ; une fois formés ils croissent sur place et deviennent parfois gigantesques. Les nouveaux vaisseaux naissent le plus généralement aux dépens des vaisseaux préexistants, et par bourgeonnement ; les éléments de leurs parois se multiplient très activement par karyokinèse. La destruction des corps jaunes se fait soit par atrophie directe, soit par dégénérescence graisseuse, hyaline ou pigmentaire. Quand elle survient par dégénérescence il reste toujours des traces du corps jaune. La dégénérescence hyaline se rencontre à tous les âges mais plus particulièrement vers l'âge critique.

13° Ce chapitre a trait à l'étude des vaisseaux de l'ovaire.

14° Les ovaires accessoires sont des formations qui se rencontrent rarement. Paladino en rapporte deux cas. Dans l'un, le plus remarquable, il existait une couche assez épaisse de parenchyme (épithélium germinatif, tubes épithéliaux et follicules primordiaux) qui se prolongeait de part et d'autre sur le parcours du ligament utéro-ovarien. Dans le deuxième cas l'ovaire supportait deux papilles, l'une longue de 3 millimètres et épaisse de 1 millimètre, renfermant des tubes glandulaires et des blocs hyalins ; l'autre plus petite. Après avoir discuté la question de savoir si ces papilles sont d'origine pathologique, l'auteur conclut qu'il s'agit bien là d'ovaires surnuméraires.

15° Chapitre des conclusions. A. NICOLAS.

Structure des glandes urétrales (prostatiques) chez la femme. Premiers développements des glandes prostatiques dans les deux sexes, par F. TOURNEUX (*C. R. Soc. de Biologie,* 28 *janvier* 1888).

Les glandes urétrales (prostatiques) apparaissent plus tardivement et évoluent plus lentement chez le fœtus femelle que chez le mâle. La structure de ces glandes, chez la femme adulte, paraît répondre à celle qu'on observe chez le fœtus mâle du cinquième au sixième mois.

PAUL LOYE.

Sur l'origine commune et le rôle variable de l'épithélium germinatif et des cordons sexuels, par LAULANIÉ (*C. R. Soc. de Biologie*, 7 *janvier* 1888).

1° Les cordons de Pflüger et l'épithélium dit germinatif résultent primitivement de la spécialisation corticale des cordons sexuels qui se différencient sur place dans toute l'étendue du stroma.

2° Ces deux formations de même valeur et de même origine ont dans l'ovogénèse une part respective qui varie avec les espèces animales.

Dans certains groupes (carnassiers), les cordons sexuels corticaux passent à l'état de cordons de Pflüger, en même temps que l'épithélium germinatif se spécialise dans le même sens et ils interviennent dans l'ovogénèse au même titre que ce dernier.

Dans d'autres espèces (ruminants, porc) l'épithélium dit germinatif est bientôt dépossédé au bénéfice des cordons de Pflüger qui interviennent par le procédé primitif de la différenciation immédiate des cellules du stroma.

Chez les oiseaux et les vertébrés inférieurs, c'est l'épithélium germinatif qui subsiste et produit les ovules par l'involution à l'exclusion des cordons sexuels dont l'existence est éphémère. PAUL LOYE.

Les métamorphoses et la gemmation indirecte des noyaux dans l'épithélium intestinal de la salamandra maculosa, par STEINHAUS (*Archiv. de physiologie*, 1er *juillet* 1888).

Les noyaux des cellules épithéliales de l'intestin de la salamandre contiennent, outre le réseau chromatique des nucléoles appartenant à deux types, plasmosomes (nucléoles safranophiles) et karyosomes (nucléoles hématoxynophiles); les premiers peuvent être solitaires, les derniers sont généralement accouplés à des plasmosomes.

A la suite de métamorphoses, les noyaux peuvent devenir entaillés, et les nucléoles se trouver dans les entailles, c'est-à-dire devenir extra-nucléaires.

Outre les nucléoles, on trouve dans les entailles des corps tingibles de forme variable, les noyaux secondaires (Nebenkerne) et de jeunes noyaux.

L'étude des nucléoles extra-nucléaires, des noyaux secondaires et des jeunes noyaux trouvés dans les entailles des noyaux cellulaires conduit à l'hypothèse que ces formations correspondent à des phases diverses d'un processus d'évolution commençant par la combinaison d'un plasmosome et d'un karyosome et se terminant par la production d'un jeune noyau. Ce mode de formation de nouveaux noyaux mérite l'appellation de *gemmation indirecte*.

Les noyaux, provenant de la gemmation indirecte, semblent remplacer les vieux noyaux cellulaires, qui se désintègrent pendant leur développement. A. GILBERT.

Ueber histologische Vorgänge an der Ossificationsgrenze mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Knorpelzellen (Sur les phénomènes histologiques qui se passent au niveau de la ligne d'ossification, etc.), par E. LESER (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXII, Heft* 1, 1888).

La question de savoir quelle part prennent dans l'ossification enchondrale (postembryonnaire) les cellules cartilagineuses, est encore aujourd'hui très controversée ; aussi a-t-elle attiré particulièrement l'attention de l'auteur. Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants. Dans le cartilage épiphysaire la néoformation cellulaire se fait par *division karyokinétique* et d'une façon très active. Ces divisions répétées ont pour résultat la constitution de ces éléments aplatis qui s'agencent en colonnes longitudinales (cartilage sérié de Ranvier), assurant ainsi l'accroissement en longueur de l'os. Le cartilage sérié renferme aussi des éléments en voie de division indirecte. Lorsqu'on se rapproche de la ligne de calcification, on constate que les cellules cartilagineuses sont le siège de modifications importantes. Elles se gonflent et deviennent pour ainsi dire hydropiques ; leur protoplasma paraît de moins en moins granuleux, le noyau perd peu à peu sa chromatine et devient vésiculeux. Les éléments ainsi transformés ne présentent aucune trace de division.

En même temps, les espaces capsulaires sont considérablement agrandis ; beaucoup d'entre eux ne renferment plus que des débris moléculaires de cellules, ou même sont complètement vides. C'est dans ces espaces privés de leur contenu que pénètrent les vaisseaux, d'abord seuls, puis accompagnés bientôt par ces éléments connus sous le nom

d'ostéoblastes de Gegenbaur. La conclusion générale de ce travail est donc que les cellules cartilagineuses ne prennent part qu'indirectement au développement de l'os, et disparaissent sans laisser de traces au voisinage de la ligne d'ossification. A. NICOLAS.

Fettzellen von eigenthümlicher Form (Sur une forme remarquable de cellules adipeuses), par H. RABL-RÜCKHARD (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXII, Heft* 1, 1888).

Ces cellules adipeuses que l'auteur a observées chez le Cobitis barbatula, principalement dans les cavités médullaires des os du crâne, diffèrent des cellules adipeuses ordinaires en ce que le protoplasma, au lieu de former à la gouttelette de graisse une enveloppe lisse et régulièrement arrondie, envoie de toutes parts des prolongements simples ou ramifiés dichotomiquement. En outre, ces éléments sont plongés au sein d'une substance intercellulaire hyaline. Sur d'autres préparations Rabl-Rückhard retrouva ces mêmes cellules ramifiées, mais la graisse avait disparu de leur intérieur, et leur forme rappelait celle des cellules pigmentaires ou des éléments que Flemming a décrits dans la vessie de la Salamandra maculata. L'auteur pense que ces prolongements, véritables pseudopodes, sont l'indice de l'existence de mouvements amoeboïdes, qui jusqu'alors paraissaient ne pas appartenir au protoplasma des cellules adipeuses. A. NICOLAS.

Ueber kalte Injection mit japanischer Tusche (Nouvelle injection à froid à l'encre du Japon), par TAGUCHI (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXI, Heft* 4, 1888).

Cette injection permet l'examen à la lumière transmise ou à la lumière réfléchie. Ses avantages sont les suivants : 1° La matière colorante n'est altérée ni par la lumière ni par les agents chimiques ; 2° les particules de charbon n'ont aucune action sur les tissus ; 3° la matière colorante adhère tellement à la paroi des vaisseaux qu'elle n'en sort pas lorsqu'on sectionne la pièce ; 4° les pièces peuvent être durcies dans n'importe quel réactif sans que la couleur de l'injection soit modifiée ; elles peuvent être examinées à l'état frais dans la glycérine, et enfin colorées par tous les réactifs que l'on voudra. Pour préparer le liquide à injecter, il suffit de broyer de l'encre du Japon (celle-ci est préférable à l'encre de Chine parce qu'elle est plus dure et donne en se délayant des grains plus fins) dans de l'eau, en quantité telle qu'une goutte déposée sur du papier brouillard n'imprègne plus celui-ci autour d'elle. Le manuel opératoire de l'injection ne présente dès lors plus rien de particulier.

A. NICOLAS.

Anwendung des Methylgrün zur Erkennung der chemischen Reaction und des Todes der Zellen (Applications du vert de méthyle pour connaître la réaction chimique et la mort des cellules), par A. MOSSO (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIII, Heft* 3).

L'auteur se sert d'une solution aqueuse de 1 0/0 de chlorure de sodium dans laquelle il fait dissoudre 0, 2 0/0 de vert de méthyle. L'action de cette substance est différente sur les corpuscules du pus jeune

et sur ceux du pus vieux ; elle colore en violet les jeunes et en vert ceux qui se trouvent dans la dernière phase du processus de nécrobiose. Ce fait semble indiquer que la coloration est liée à un fait chimique qui se modifie en rapport avec le processus de nécrobiose. Avec le rouge de Magdala 0,4 0/0, NaCl 0,75 0/0, on a des résultats identiques, d'où il paraît résulter que les cellules dans leur plein état fonctionnel ne se laissent point colorer ; que cet état s'affaiblissant, elles se colorent en violet; que cette teinte se modifie successivement dans la même cellule, tendant au vert bleu et devenant enfin vert clair émeraude. Les cellules mortes se colorent d'emblée en vert.

Pour les cellules épithéliales à cils vibratiles, celles qui ont des cils mobiles sont violettes, tandis que celles à cils immobiles sont vertes.

Le vert de méthyle est toxique pour les spermatozoïdes (cobaye, torpille); il l'est également pour le protoplasma contractile des cellules végétales et pour les spores d'une algue marine.

Si les cellules sont très alcalines, le vert de méthyle est détruit et la coloration est moindre.

Le vert de méthyle empêche la coagulation du sang. ED. RETTERER.

PHYSIOLOGIE.

Ueber die Verrichtungen des Grosshirns (Sur les fonctions du cerveau), par Fr. GOLTZ (*Archiv f. die ges. Physiol., XLII, p.* 419).

Goltz a recherché jusqu'à quel point les désordres provoqués par l'ablation de portions de plus en plus considérables du cerveau peuvent se réparer. Il est arrivé ainsi à détruire chez le chien des étendues de plus en plus considérables sans mettre en danger la vie des animaux. Le mémoire actuel marque un nouveau progrès dans cette voie. Goltz a réussi à enlever à un chien la totalité de l'hémisphère cérébral gauche, et il a pu observer l'animal pendant cinq mois. Le chien peut vivre en pleine santé avec une moitié de cerveau, comme il peut vivre parfaitement avec un seul rein. Il y a seulement des modifications du caractère et des affaiblissements de l'intelligence. L'auteur conseille aux chirurgiens plus de hardiesse dans le cas de tumeurs cérébrales. A. D.

Deuxième contribution à l'étude de l'influence du cerveau sur la chaleur animale et sur la fièvre, par GIRARD (*Archiv. de physiologie*, 1er *avril* 1888).

Les régions encéphaliques qui, dans les conditions physiologiques, président à la calorification sont très nombreuses, et si l'on considère que, d'autre part, la moelle aussi a ses foyers de chaleur, force est d'admettre que la fonction de régulariser la production de calorique dans l'organisme est dévolue à un appareil central très compliqué.

La nature de ces centres encéphaliques et médullaires n'est pas exactement connue, mais il est conforme aux idées modernes de supposer

qu'ils peuvent être tout à la fois excitateurs et inhibiteurs de la production de la chaleur animale et la désignation qui leur convient le mieux est celle de *région régulatrice* de cette fonction. A. GILBERT.

Recherches expérimentales sur la durée des actes psychiques les plus simples et sur la vitesse des courants nerveux à l'état normal et à l'état pathologique, par A. RÉMOND (*Thèse de Nancy*, 1888).

Voici les principaux résultats de ce travail :

1° La valeur approchée de la transmission nerveuse centripète chez un individu sain oscille entre $34^m,72$ par seconde (jambe) et $27^m,02$ (bras).

2° Celle de la transmission centrifuge a été déterminée par Marey.

3° Le temps nécessaire à l'accomplissement d'un acte psychique minimum (discernement de contacts de nature différente) oscille normalement entre 0″ 0707 et 0″ 0633.

4° Le temps de réaction simple, c'est-à-dire écoulé entre le moment de l'excitation et celui de la réponse, oscille normalement entre 0″ 1545 et 0″ 1587; il devient plus court quand l'excitation augmente d'intensité. En général, l'élément psychique est celui de ses facteurs dont la durée est le plus considérable. LEFLAIVE.

Ueber Trennung von Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit der Nerven nach Versuchen des Hrn. Sawyer (Sur la séparation de l'excitabilité et de la conductibilité des nerfs, d'après les expériences de M. Sawyer), par GAD (*Archiv für Anat. u. Physiologie, Phys. Abth.*, *p.* 395, 1888).

Si, à l'exemple de Grünhagen, de Hirschberg, Szpilman, Luchsinger, etc., on place un nerf sciatique de grenouille dans une petite chambre humide traversée par un courant de CO^2, mais de manière que la partie moyenne seule du nerf soit soumise à l'action de CO^2 (la partie supérieure du nerf et le muscle gastrocnémien étant situés en dehors de la chambre humide), on pourra constater dans cette partie moyenne du nerf une diminution de l'excitabilité tandis que la conductibilité n'y subit aucune modification. En effet, après l'action de CO^2, il faut augmenter la force de l'excitant minimum, capable de produire une contraction dans le muscle, lorsque cet excitant est appliqué sur la partie moyenne du nerf (près ou loin du muscle). Pour les parties supérieures du nerf situées en dehors de la chambre à gaz, l'excitant minimum, capable de produire une légère contraction musculaire, reste le même avant comme après l'action de CO^2 sur la partie moyenne.

Si l'on fait passer de l'air chargé de vapeurs d'alcool sur la partie moyenne du nerf, cette partie montre au début une augmentation d'excitabilité directe qui diminue ensuite lentement. La partie supérieure du nerf au contraire peut être soumise à des excitations relativement fortes sans que le muscle se contracte. Il s'agit ici non d'une diminution d'excitabilité de la partie supérieure du nerf non modifiée par l'alcool, mais d'une diminution dans la conductibilité de la partie moyenne du nerf, alors que son excitabilité est conservée ou même exaltée (au début de l'expérience).

Le nerf empoisonné par l'alcool est ensuite soumis à un courant d'air saturé de vapeur d'eau. On constate la restitution à peu près complète

de l'excitabilité primitive, tandis que la conductibilité est encore fortement affaiblie. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen (Influence d'une excitation d'un sens sur les sensations fournies par les autres sens), par V. URBANTSCHITSCH (*Archiv fur die gesammte Physiol. XLII, p.* 154).

On connaît des photismes du goût, de l'odorat, du tact et des phonismes de la lumière. Urbantschitsch se pose la question de savoir si il y a des échanges entre les diverses sensations sensorielles. — Il recherche si l'effet de l'excitation portant sur un sens se trouve modifié par l'excitation simultanée d'un autre sens. — Des plaques colorées diversement sont placées à quelque distance du sujet en expérience de manière qu'il ne puisse les distinguer que difficilement. On excite l'oreille par des sons divers de diapasons différents. On constate en général un accroissement correspondant de l'acuité visuelle. — Les circonstances du phénomène sont très nombreuses et doivent être étudiées isolément : telles l'intensité, la hauteur du son, la couleur de la plaque, la simultanéité ou la succession des activités sensorielles. Des expériences analogues peuvent être exécutées avec les sensations de l'odorat, du goût, du toucher. — Inversement l'auteur examine l'influence d'une excitation visuelle sur les perceptions des autres sens. — Les détails ne peuvent être rapportés brièvement. D'une façon générale, ils démontrent l'influence exercée par une sensation sur l'acuité de perception d'une autre, c'est-à-dire les échanges physiologiques des sensations. A. D.

Zur Kenntniss der sensiblen Nerven und Reflexapparate des Rückenmarkes (Étude des nerfs sensibles et des appareils réflexes de la moelle épinière), par K. HÄLLSTEN (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth., p.* 163, 1880).

Les nerfs sensibles se comportent comme les moteurs au point de vue de l'influence que l'électrotonus exerce sur leur excitabilité. Les expériences furent faites sur des grenouilles empoisonnées par la strychnine et sur lesquelles l'encéphale avait été séparé de la moelle allongée par une section transversale pratiquée suivant la ligne qui joint les tympans. LÉON FREDERICQ.

Die Temperaturschwankungen des Gehirns in Beziehung zu Gemüthsemotionen (Les variations de température du cerveau dans leurs relations avec les émotions), par Eugenio TANZI (*Centralblätt für Physiologie, p.* 57, 1888).

L'auteur a étudié, chez le chien et le singe, au moyen de l'appareil thermo électrique, l'influence que les excitations extérieures produisent sur la température du cerveau et sur celle de la moelle lombaire. Il a constaté que les excitations, qui ne donnent lieu qu'à des mouvements réflexes (animaux narcotisés ou dans un état cataleptique), ne produisent pas de changements de température du cerveau, mais font varier celle de la moelle lombaire. Les excitations, même unilatérales, qui donnent naissance à de véritables émotions, influencent au contraire la température des deux hémisphère, et cela sur une large surface, mais n'ont pas d'action sur la température de la moelle épinière. Cette dernière fonc-

tionne alors sans doute comme simple lieu de passage des excitations et non comme centre nerveux réflexes. Les variations de température du cerveau et celles de la moelle épinière s'excluent donc les unes les autres.

Ces variations consistent dans une série d'alternatives d'échauffement et d'abaissement de la température, qui oscille ainsi rapidement autour de la valeur primitive de la température de l'organe au repos.

Ces variations de la température paraissent indépendantes des variations de la circulation cérébrale (inscription de la courbe de volume du cerveau. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Wirkung höchster electrischer Reizfrequenzen auf Muskeln und Nerven (Action sur les muscles et les nerfs d'excitations électriques de grande fréquence), par J. ROTH (*Arch. f. die gesammt. Physiol., XLII, p.* 91).

Il s'agit de savoir ce que devient le tétanos musculaire lorsque le nombre des excitations croît indéfiniment. Grünhagen (1872), Engelmann (1871), Bernstein (1871), von Frey et Wiedemann (1885), ont déjà répondu à cette question. Si le courant est faible, ces excitations interrompues se comportent comme un courant constant donnant une secousse d'ouverture : si l'intensité est plus forte on obtient un tétanos. — Entre 3 et 15,000 excitations à la seconde, le tétanos disparaît et l'on n'a plus que l'effet du courant constant. L'auteur reprend ces expériences en employant le microphone actionné par des sifflets de différente hauteur. — Le tétanos dépend de deux variables : l'intensité et la fréquence des courants. Avec une intensité déterminée, il arrive un moment où le tétanos ne se produit plus : il n'y a qu'une simple secousse de fermeture. Au delà, le muscle ne réagit plus. Avec une fréquence déterminée, il y a une certaine valeur de l'intensité qui ne produit plus le tétanos : c'est l'intensité qui n'excite plus, mais qui tue. A. D.

Physiology of the recurrent laryngeal nerves, par DONALDSON (*N.-York med. Journ., p.* 287, 17 *mars* 1888).

L'auteur a repris ses expériences pour répondre à Hooper. Il confirme ses premières assertions : le taux de stimulation n'influence pas l'ensemble des résultats.

Il prend une bobine de Du Bois-Reymond qui fournit au minimum vingt excitations par seconde, et au maximum 40 : or, dans tous les cas, cette bobine produit, avec les courants faibles, l'écartement des lèvres de la glotte.

Une autre bobine, fournissant de 40 à 80 excitations, donne le même résultat; avec les courants faibles, elle dilate la glotte. Seulement la rapidité du mouvement fatigue assez vite les fibres dilatatrices, et l'occlusion succède à la dilatation. C'est ainsi qu'on peut expliquer les variations des effets observés. L. GALLIARD.

Untersuchungen über den Flüssigkeits-Austauch zwischen Blut und Geweben, unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Bedingungen (Recherches sur les échanges liquides entre le sang et les tissus dans diverses conditions physiologiques et pathologiques), par J. COHNSTEIN et N. ZUNTZ (*Archiv f. die ges. Physiol. XLII, p.* 303).

Le nombre des globules rouges est le même, au même moment, dans

tous les gros troncs vasculaires, artériels ou veineux. Les capillaires sont plus pauvres en globules rouges que les gros troncs : ils en contiennent d'autant plus (relativement) qu'ils sont plus élargis et que la vitesse du courant est plus grande. Toute influence vaso-dilatatrice ou vaso-constrictive modifie la richesse globulaire du sang dans les capillaires et dans les gros troncs; tels la section et l'excitation de la moelle, l'excitation du vague, l'accroissement de la pression veineuse, l'activité musculaire et la fièvre. La filtration du liquide à travers la paroi vasculaire intervient pour une part importante dans ces phénomènes. La filtration et la résorption des liquides à travers les parois capillaires sont des processus relativement lents, et ne peuvent, comme l'a dit Regeczy, expliquer à eux seuls la constance de la pression sanguine après les saignées ou les transfusions. Les changements plus rapides sont dus aux changements de composition du sang, quant aux sels, ou quant à des substances diffusibles. Ce n'est plus alors de la filtration : c'est de l'osmose. L'osmose diminue le volume du sang lorsqu'on y introduit de l'eau : elle l'augmente lorsque, comme dans les recherches de Brasol et de Klikowitsch, on introduit de grandes quantités de sucre ou de sels. Ces faits suffisent à expliquer les oscillations que l'on remarque dans le nombre des globules à l'état physiologique ou à l'état pathologique. Toutes les conclusions que l'on a tirées relativement à la destruction et à la néoformation des globules du sang, les conséquences qu'on en a déduites pour la théorie de la fièvre, sont arbitraires. A. D.

Le lavage du sang, par DASTRE et LOYE (*Archiv. de physiologie*, 15 *août* 1888).

On peut faire pénétrer successivement dans les veines d'un animal (lapin) des quantités considérables de la solution physiologique salée sans provoquer aucun trouble apparent, immédiat ou consécutif. Cette quantité peut être portée au delà des deux tiers du poids de l'animal.

L'expression de « dose toxique » n'a point de sens, en ce qui concerne la solution salée. Il n'y a point de dose toxique, mais il y a une *vitesse toxique*. Cette vitesse est supérieure à 3 : c'est-à-dire que la quantité de la solution introduite ne doit pas dépasser 3 centimètres cubes par minute et par kilogramme d'animal.

L'innocuité de l'injection exige des conditions extrinsèques (vitesse modérée et quantité moyenne) et des conditions intrinsèques relatives au bon état des organes et spécialement du rein.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, l'animal succombe plus ou moins tardivement. On rencontre alors un exsudat constant qui s'est produit dans les cavités séreuses. On observe aussi l'exophtalmie, des suffusions sanguines et des exsudations par les muqueuses.

Lorsque l'on suit la marche de l'élimination urinaire, on constate, en règle générale, un parallélisme parfait de cette excrétion d'une part et de l'introduction d'autre part. A partir d'un certain moment, la quantité qui pénètre est équilibrée par la quantité qui sort.

Ce régime normal décèle l'existence d'un mécanisme régulateur de la quantité d'eau de l'organisme. Ce mécanisme entre en jeu d'une manière parfaite lorsque la quantité d'eau salée injectée est égale à la quantité du sang du lapin avant l'expérience. Le surplus est aussitôt rejeté.

Cette quantité égale au poids du sang de l'animal paraît se partager en deux portions. Une portion (environ de 25 0/0 du poids du sang) reste dans l'appareil circulatoire pendant tout le temps de l'expérience et ne s'élimine définitivement que plus tard. Une seconde portion 75 0/0 environ s'infiltre momentanément dans les séreuses et les tissus pour s'en échapper plus tard également.

Ces faits montrent, entre le système circulatoire et le système des séreuses, une liaison physiologique qui est relative à la conservation de l'équilibre aqueux du sang et des tissus.

Les analyses montrent que lorsque l'animal est revenu à la condition normale, l'injection d'eau salée physiologique n'a produit autre chose qu'un lavage proprement dit du sang et des tissus. A. GILBERT.

Ueber den Druck in den Blutkapillären (Sur la pression dans les capillaires sanguins), par A. FICK (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *XLII*, *p.* 482).

La pression sanguine n'éprouve, jusqu'à l'entrée du système capillaire, qu'un abaissement insignifiant. Elle est très voisine encore de la pression artérielle, dans toute la section artérielle du système capillaire : au contraire, dans la partie du système capillaire, dont les branches se réunissent pour constituer la section veineuse, la pression s'abaisse rapidement jusqu'à atteindre la valeur qu'on lui trouve dans les veines de moyen calibre. A. D.

Weitere Untersuchungen zur Physiologie der Säugethier-Fötus (Nouvelles recherches sur la physiologie du fœtus des mammifères), par J. COHNSTEIN et N. ZUNTZ (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *XLII*, *p.* 342).

Dans une première partie, les auteurs étudient la pression artérielle avant et après la naissance. Il résulte de leurs recherches que, lorsque le fœtus ne perd point de sang dans l'accouchement, qu'il exécute des inspirations profondes et aspire ainsi normalement le sang placentaire, dans ces cas, la pression artérielle s'accroît nettement par les premiers mouvements respiratoires. Il résulte de là qu'il doit y avoir une occlusion directe de l'artère ombilicale. La musculature annulaire de ce vaisseau domine successivement la poussée sanguine et arrive à le rendre imperméable. — La seconde partie est destinée à l'étude des causes de l'apnée et du premier mouvement respiratoire. Le centre respiratoire du fœtus est excitable comme après la naissance par le défaut d'oxygène, par l'accumulation de CO^2 et d'autres produits, particulièrement par ceux qui proviennent de l'activité musculaire. Lorsque le fœtus ne respire point, c'est à cause de la diminution d'excitabilité de son centre respiratoire. Cette excitabilité n'est pas produite par des conditions particulières de la vie intra-utérine, mais elle dépend du degré de développement du système nerveux. La pauvreté du sang fœtal en oxygène et la faible vitesse avec laquelle il circule, tendent à abaisser encore cette excitabilité. Lorsque l'excédent respiratoire s'est élevé assez haut pour provoquer une inspiration, celle-ci est aussitôt arrêtée par une action réflexe dont le point de départ est dans l'action exercée par la pénétration du liquide sur les premières voies aériennes. Des excitations sensibles interviennent pour l'établissement de la respiration après la naissance : le plus décisif est la veinosité croissante du sang résultant de la

suppression de la respiration placentaire et de la disparition du réflexe précédent. La troisième partie du mémoire est consacrée à l'étude de la nutrition du fœtus ; on constate que non seulement le gaz, mais aussi l'eau et les matériaux nutritifs solubles passent abondamment à travers le placenta dans le sang fœtal. Enfin, dans la quatrième partie, les auteurs comparent les processus respiratoires aux différentes périodes de la vie. Pendant la vie intra-utérine, toutes les conditions de l'échange matériel sont réalisées; il ne manque que les excitants qui doivent provoquer les organes à une plus grande activité. A. D.

Ueber die Beziehung der Dehnungscurve elastischer Röhren zur Pulsgeschwindigkeit (Relations entre la courbe d'extensibilité des tubes élastiques et la vitesse de propagation du pouls) par E. GRUNMACH (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 129, 1888).

Un tube de caoutchouc noir, long de $1^m,5$, de 2 centimètres de diamètre intérieur et de 2 millimètres d'épaisseur, rempli de liquide, fut soumis successivement à des pressions de 0, de 100 et 200 millimètres de mercure. Pour chacune de ces pressions, on nota l'augmentation de capacité du tube, puis la vitesse de propagation des ondes pulsatiles nées à l'une des extrémités du tube. Pour un même accroissement de pression, l'extensibilité du tube est plus forte entre 100 et 200 millimètres qu'entre 0 et 100. A mesure que la pression et l'extensibilité augmentent, la vitesse du pouls diminue. Un tube de caoutchouc gris vulcanisé fournit des résultats analogues.

Les expériences furent ensuite reprises après que chacun de ces tubes eut été entouré (pendant qu'il était soumis à une pression de 100 millimètres Hg) d'une bande de coton de 5 centimètres de largeur. Le tube de caoutchouc noir présenta cette fois une extensibilité décroissant à mesure que la pression croissait : la vitesse de propagation des ondes pulsatiles augmenta avec la pression. Le tube gris montra la même extensibilité et la même vitesse du pouls aux différentes pressions.

L'aorte du cheval, extraite du corps, se comporta, dans des expériences analogues, comme le tube de caoutchouc noir entouré d'une enveloppe non élastique, c'est-à-dire que son extensibilité diminue à mesure que la pression augmente, et qu'en même temps la vitesse du pouls augmente également.

La vitesse du pouls augmente donc avec la pression lorsque l'extensibilité du tube diminue (caoutchouc gris entouré de coton, aorte de cheval). La vitesse du pouls diminue au contraire à mesure que la pression croît, lorsque cette augmentation s'accompagne d'une augmentation dans l'extensibilité du tube (tube de caoutchouc gris et noir). Enfin, la vitesse n'est pas modifiée par la pression lorsque l'extensibilité du tube reste la même. LÉON FREDERICQ.

Ueber die electrische Veränderungen, welche in dem ruhenden Herzmuskel die Reizung des Nervus vagus begleiten (Sur les changements électriques qui se produisent dans le muscle cardiaque non contracté, sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique), par GASKELL (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 114, 1887).

L'excitation et la contraction de la substance musculaire du cœur est ac-

compagnée, comme on sait, d'une *variation électrique négative ;* sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique, le muscle cardiaque au repos montre, d'après Gaskell, une *variation électrique* de sens contraire, c'est-à-dire *positive* (expériences sur un cœur de tortue séparé du sinus veineux et ne tenant plus au corps de l'animal que par le *nerf coronaire* de Gaskell, branche du pneumogastrique). La variation positive ne se montre plus après l'action de l'atropine.

L'action d'arrêt du pneumogastrique est donc accompagnée d'une modification électrique inverse de celle qui correspond à l'excitation motrice du muscle. Ce fait vient à l'appui de la théorie générale mise en avant par Gaskell, et d'après laquelle tous les tissus reçoivent deux espèces de nerfs : les uns qu'il appelle *cataboliques*, et qui provoquent dans les tissus un travail de destruction (nerfs moteurs ordinaires, par exemple, provoquant dans les muscles une explosion d'énergie); les autres, *nerfs anaboliques*, sont les antagonistes des précédents, et président au travail de reconstruction (nerfs d'arrêt provoquant le relâchement musculaire et la reconstitution des substances détruites par la contraction). LÉON FREDERICQ.

Calorimetrische Untersuchungen über die Wärmeproduction und Wärmeabgabe des Armes an Gesunden und Kranken (Recherches calorimétriques sur la production de la chaleur et sur le rayonnement thermique du bras chez des individus sains et malades), par Carl ROSENTHAL (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 1, 1888).

Après une courte introduction historique où nous relevons l'omission des recherches calorimétriques de d'Arsonval et de Charles Richet, l'auteur décrit un calorimètre qui paraît n'être qu'une modification peu importante du calorimètre à air de d'Arsonval. Le manomètre contient du pétrole. L'auteur n'a pas gradué son appareil, de sorte que l'on ne peut traduire les indications de la colonne manométrique en calories, comme c'est le cas pour l'appareil original de d'Arsonval. Parmi les influences qui augmentent le rayonnement de calorique du bras, citons : l'absence de vêtement au niveau du membre servant à l'expérience, l'ingestion d'aliments, d'alcool, d'eau chaude, l'inhalation de nitrite d'amyle, le travail intellectuel, la période du maximum diurne de température interne (de 5 à 7 heures après midi), l'application de teinture de moutarde, etc.

Le rayonnement diminue après l'ingestion d'eau glacée, après l'application locale de vaseline.

L'antipyrine et l'antifébrine paraissent sans influence chez l'individu sain ; ces substances provoquent une dilatation vasculaire et une augmentation de rayonnement du bras, chez les individus fébricitants. Le bras gauche paraît toujours céder plus de chaleur au calorimètre que le bras droit.

Le rayonnement calorique du bras diminue chez les fébricitants, ce qui conduit l'auteur à admettre que l'augmentation de température interne de la fièvre est due à une rétention de la chaleur produite en quantité normale, plutôt qu'à une augmentation de la thermogénèse dont l'auteur ne nie d'ailleurs pas la possibilité. LÉON FREDERICQ.

Ueber zusammengesetzte Muskelzuckungen (Sur le mode de fusionnement de deux secousses musculaires), par M. von FREY (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 213, 1888).

Un muscle gastrocnémien de grenouille ou de crapaud empoisonné par le curare, non chargé et uniquement tendu par le poids d'un levier myographique léger (pesant $0^{gr},225$) inscrit la courbe de ses contractions sur le cylindre enregistreur placé verticalement. Le muscle est excité tantôt par un seul choc d'induction, tantôt par deux chocs d'induction séparés par un intervalle de temps que l'on peut varier à volonté, mais qui est toujours moindre que la durée d'une secousse unique. Le graphique qui correspond aux excitations doubles montre un sommet plus élevé que celui d'une secousse simple correspondant à une excitation unique. Si la seconde excitation survient pendant la période d'énergie croissante de la première contraction, les deux secousses se fusionnent et donnent une courbe de raccourcissement à sommet unique et très élevé, plus élevé que si la seconde excitation survient au moment du sommet de la première secousse ou plus tard. Si la seconde excitation survient à une phase plus avancée de la première secousse, on n'observe qu'une fusion incomplète des deux secousses, c'est-à-dire que le graphique présente deux sommets, le second atteignant un niveau plus élevé que le premier. La différence de hauteur des deux sommets diminue à mesure que la seconde secousse retarde davantage sur la première, pour augmenter ensuite de nouveau dès que l'intervalle en question dépasse une certaine limite (un dixième de seconde environ).

La différence peut même être légèrement négative lorsque la seconde excitation arrive au milieu de la période d'énergie décroissante de la première secousse, c'est-à-dire que le second sommet est alors moins élevé que le premier. Ce phénomène est surtout bien marqué si l'on enregistre non des courbes de raccourcissement, mais des courbes d'épaississement du muscle (on choisit les muscles couturier, semi-membraneux ou gracilis). Il s'accentue à mesure que le muscle se fatigue, de sorte que pour un muscle très fatigué, la courbe de la seconde secousse n'atteint un niveau plus élevé que celle de la première que si les deux excitations se suivent à très court intervalle, la seconde survenant bien avant le maximum du raccourcissement de la première secousse.

On peut donc représenter les différences de hauteurs de la courbe myographique double (sommet unique de la courbe fusionnée ou second sommet de la courbe incomplètement fusionnée) d'avec la courbe myographique simple, en fonction de l'intervalle qui sépare les deux excitations successives, par une courbe où la ligne des abcisses représente le temps de l'intervalle. Cette courbe d'abord ascendante et convexe (portion correspondant à la phase d'énergie croissante de la première secousse) redescend ensuite, devient concave, puis se relève. Les sinuosités très apparentes de cette courbe quand il s'agit de muscles frais, s'effacent à mesure que le muscle se fatigue. Finalement la hauteur de la seconde courbe devient sensiblement égale à celle de la première et sensiblement la même quel que soit l'intervalle des deux excitations.

L'auteur montre que l'augmentation de hauteur du second sommet dans les courbes doubles ne peut être rapporté en entier au phénomène

dit « *de l'escalier* » (*Treppe*) (il y a probablement aussi une influence de *contracture*) et que de même la diminution de hauteur du second sommet qui se montre principalement chez les muscles fatigués et sur les courbes d'épaississement n'est pas à proprement parler un phénomène de fatigue, mais doit être rapporté au moins en partie à l'*adaptation du travail musculaire à l'intervalle entre les excitations*. Il est probable qu'il s'agit également d'un véritable phénomène d'interférence entre les impulsions motrices développées dans le muscle.

Dans les courbes composées, la seconde secousse atteint toujours son sommet plus tôt que ne le ferait une secousse simple, et cette avance est d'autant plus marquée que la seconde courbe se détache de la première à un niveau plus élevé de cette première courbe. Cette avance très marquée pour les secousses composées inscrites par des muscles frais s'efface à mesure que la hauteur de la seconde courbe diminue et qu'elle s'abaisse en dessous de la hauteur de la première.

On a signalé pour le fonctionnement du muscle cardiaque des particularités qui présentent de l'analogie avec les faits précédemment énumérés. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen zur Mechanik des quergestreiften Muskels. Dritte Mittheilung. Ueber den zeitlichen Verlauf summirter Zuckungen (Recherches sur le mécanisme de la contraction du muscle strié. Troisième communication. Sur la courbe d'addition de deux secousses successives), par J. von KRIES (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, *p.* 536, 1888).

Von Kries étudie, comme von Frey, l'influence qu'une première secousse simple exerce sur la courbe d'une seconde secousse lorsque l'intervalle qui sépare les deux excitations est petit et que l'on fait varier cet intervalle, et arrive à des résultats analogues. Il constate en général que la seconde secousse présente un sommet plus élevé et une période d'énergie croissante plus courte qne la première secousse. Cependant il n'y a pas proportionnalité entre ces deux modifications de la courbe myographique. Il observe également, chez les muscles fatigués, un sommet moins élevé pour la seconde courbe que pour la première, lorsque la seconde excitation survient pendant la phase d'énergie décroissante de la première secousse. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Kräfte welche den respiratorischen Gasaustausch in den Lungen und in den Geweben des Körpers vermitteln (Sur les forces qui accomplissent les échanges gazeux dans les poumons et dans les tissus du corps), par N. ZUNTZ (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *XLII*, *p.* 408).

Il est démontré que le mouvement des gaz dans l'organisme est réglé par les lois de la diffusion gazeuse. Fleischl, von Marxow a annoncé qu'il y avait un autre agent qui aurait échappé jusqu'à présent à tous les physiologistes et qui consiste dans l'agitation que le ventricule droit imprime au sang avant de le lancer dans les poumons, agitation qui changerait l'état moléculaire des gaz et leur permettrait de se dégager plus facilement. L'acide carbonique serait en quelque sorte à l'état de liberté imminente, de même que l'O le serait dans le sang artériel au sortir du cœur gauche. S'il en était ainsi, le sang artériel devrait con-

tenir à l'état de liberté précisément autant de gaz qu'il s'en dégage dans le sang d'un animal qui est brusquement décomprimé après avoir été soumis à une pression de 10 atmosphères environ. Et on sait alors que l'animal meurt d'embolie. — Cependant les expériences qui ont servi de point de départ à cette singulière théorie sont exactes et réussissent facilement. Mais elles ne s'appliquent précisément point au cas de la circulation. Les simples lois de la diffusion gazeuse suffisent à expliquer l'échange gazeux respiratoire, et toute autre intervention serait accessoire. Zuntz soumet ensuite les explications de Fleischl à une critique détaillée qui ne les laisse pas subsister. A. D.

Expériences comparatives sur la respiration élémentaire du sang et des tissus, par GRÉHANT et QUINQUAUD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 14 *mai* 1888).

Expérimentant sur la respiration élémentaire du sang et des tissus, on constate qu'au bout d'une heure, la respiration du sang donne à peine des dixièmes de centimètre cube (dans un flacon de 100 centimètres cubes rempli d'air) pour l'acide carbonique produit et pour l'oxygène consommé. Au contraire, dès qu'on ajoute un peu de muscle frais, c'est par 7 et 13 centimètres cubes que se mesurent les quantités d'oxygène disparu et d'acide carbonique produit. Donc le sang ne respire presque pas ; il est simplement un porteur d'oxygène, et les globules rouges ne sont nullement comparables, quant à l'activité respiratoire, aux éléments des tissus vivants. M. DUVAL.

Zur Mechanik des Säugens und der Inspiration (Mécanisme de l'aspiration des liquides dans la bouche), par AUERBACH (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, *p.* 59, 1888).

Ce travail, consciencieux et fort étendu, est consacré à l'étude du mécanisme par lequel les liquides peuvent être aspirées dans la bouche humaine.

C'est par inspiration que nous aspirons les liquides au moyen de pipettes. Les ouvriers qui soutirent des liquides peuvent développer de cette façon une pression négative maximale de 67-70 millimètres de mercure, ou même de 92-140 millimètres de mercure (en aspirant directement au tube du manomètre). Ils élèvent en une fois 1,540 à 1,550 centimètres cubes de liquide à la hauteur de 85 à 89 centimètres en moyenne, ce qui représente un travail de 1,3 à 1,37 kilogrammètre.

L'auteur a imaginé un appareil appelé pneumoergomètre, et destiné à déterminer le travail exécuté par le mécanisme de l'inspiration.

Dans l'action de téter, de boire ou d'aspirer le liquide sans l'intervention des puissances inspiratrices, c'est par l'abaissement de la mâchoire, de la langue que se produit le vide dans la cavité buccale. Il s'agit d'un abaissement en totalité de la langue, avec aplatissement de la surface supérieure de l'organe et léger mouvement en avant de sa partie postérieure (action des muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, omo-hyoïdiens, thyro-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, génioglosses et hyoglosses)

La pression négative peut atteindre 115 millimètres, et même 130 millimètres de mercure à l'intérieur de la bouche. On arrive même par l'exercice à produire un vide de 700 millimètres de mercure, à condition d'exécuter rapidement une série de mouvements d'aspiration buccale.

C'est exclusivement par abaissement de la langue que se produit le vide buccal chez les très jeunes enfants (au-dessous de 4 à 5 mois) qui tettent.

Dans aucun cas le muscle buccinateur ni la paroi des joues n'intervient activement dans l'action d'aspirer ou de sucer.

Nous renvoyons à l'original pour la partie critique expérimentale.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die synthetischen Processe und die Bildungsart des Glycogens im thierischen Organismus (Sur les processus de synthèse et le mode de formation du glycogène dans l'organisme animal), par E. PFLÜGER (*Archiv für die gesammte Phys.*, *XLII*, *p.* 144).

Un foie vivant débarrassé de glycogène en produit bientôt non seulement sous l'influence des hydrates de caséine, mais aussi de la glycérine, de la gélatine, de l'albumine. Et c'est toujours le même glycogène : d'où l'opinion des physiologistes que cette substance a toujours la même origine, l'albumine. Von Mering nourrissait des chiens avec de la phloridzine, ce qui les rendait diabétiques et leur faisait perdre en quelques jours des quantités considérables de sucre et toutes leurs réserves d'hydrates de carbone. Si on laisse jeûner l'animal et que l'on reprenne ensuite l'usage de la phloridzine, on voit reparaître une excrétion de sucre considérable, qui ne peut venir que des albuminoïdes des tissus. — Le sucre, la glycérine qui augmentent la production du sucre peuvent être considérés comme des excitants de l'activité hépatique, comme l'est évidemment le carbonate d'ammoniaque qui, selon Röhmann, exerce une action analogue. — Il faut chercher comment le glycogène peut résulter de la décomposition de la molécule d'albumine.— Pas plus que la graisse, il n'en est un produit direct : ces substances sont des produits de synthèse organique qui ont pour point de départ les premiers produits du dédoublement de la molécule d'albumine. L'auteur justifie et développe cette vue.

A. D.

Mikroskopische Untersuchungen über den Glycogenansatz in der Froschleber (Recherches microscopiques sur la disposition du glycogène dans le foie de la grenouille), par O. MOSZEIK (*Archiv f. die ges. Phys.*, *XLII*, *p.* 556).

L'auteur a essayé l'influence de l'inanition et de différents modes d'alimentation. Pour faire disparaître le glycogène du foie, il a eu recours à l'inanition et à l'empoisonnement par la strychnine. Avec les lapins, il faut de quatre à huit jours d'inanition pour faire disparaître la glycogène. Avec les chiens de moyenne grosseur, il ne suffit point de trois semaines; avec les grenouilles d'été, il faut trois à six semaines. La strychnine produit une glycosurie qui épuise le glycogène hépatique. On procède alors à l'alimentation avec différentes matières. Pour constater la présence du glycogène, on avait recours à l'ébullition avec l'eau très légèrement acidulée au moyen de l'acide acétique, et on essayait la solution d'iode après avoir ajouté une petite quantité de solution concentrée de NaCl. L'examen microscopique avait pour but de rechercher si l'on pouvait constater l'apparition du glycogène dans un foie qui en avait été débarrassé et comment cette apparition se produit lorsque les

modes d'alimentation varient. La technique employée par l'auteur est longuement décrite. Les résultats sont les suivants : 1° sous l'influence des hydrates de carbone purs, le foie forme des quantités très notables de glycogène ; 2° avec les albuminoïdes purs, il n'y a point, même après plusieurs semaines, de formation glycogénique ; 3° l'alimentation avec le mélange d'albuminoïdes et d'hydrocarbones fournit la production glycogénique la plus abondante ; 4° l'examen microscopique permet de distinguer plusieurs types. Dans le foie de l'inanition, les cellules sont petites (17 à 28μ), leurs limites difficiles à préciser; les noyaux occupent une grande partie de la cellule (8 à 12μ) ; le protoplasma du corps cellulaire présente un aspect réticulé ; il y a un pigment brun, abondant. Après alimentation avec la fibrine, la cellule et son noyau grossissent, les limites cellulaires deviennent nettes. Les coupes durcies par l'alcool se comportent vis-à-vis de la solution d'iode comme celles des animaux inanitiés. L'alimentation mixte donne un autre aspect. La cellule grossit (65μ); elle se remplit d'une substance hyaline. Les coupes durcies par l'alcool, examinées dans la glycérine, montrent des cellules très nettement limitées : leur contenu est brillant, réfringent; on ne distingue ni protoplasma ni noyau. L'iode colore la masse tout entière en brun, tandis que le protoplasma et le noyau sont colorés en jaune. L'alimentation avec les hydrates de carbone présente les mêmes caractères, à un moindre degré. A. D.

Zur Kenntniss der Nierenfunction : Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Blutdrucksänderungen auf die Harnabsonderung (Sur la fonction rénale : recherches expérimentales à propos de l'influence de la pression sanguine sur la sécrétion urinaire), par I. MUNCK et H. SENATOR (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol., Band CXIV, Heft* 1).

On fait passer sous des pressions variées du sang défibriné dans les artères rénales de chiens qu'on vient de sacrifier et on dose la quantité d'urée et de sels contenue dans le liquide qui s'écoule par l'uretère. En élevant la pression artérielle d'un tiers ou de moitié, la sécrétion urinaire s'accroît dans les proportions de 4, 8, 18 et même de 23 en comparaison de ce qu'elle était au début sous la tension 1. Mais cette augmentation de sécrétion sous l'influence de la pression est elle-même une conséquence de la plus grande vitesse avec laquelle le courant sanguin traverse les reins dans l'unité de temps. Quand la pression artérielle est faible, la masse d'urine diminue des 3/4 jusqu'aux 23/24, ce qui explique pourquoi l'urine est alors si pauvre en urée, puisque le sang n'apporte pas assez de matériaux aux cellules sécrétoires.

En laissant le sang défibriné s'écouler de la veine rénale par un orifice presque capillaire, les auteurs ont provoqué la stase veineuse dans le rein. Dans ces conditions, la quantité d'urine diminue de 1/2 jusqu'à 1/14, l'urée de 1/6 à 1/4. La quantité de chlorure de sodium qui passe reste à peu près la même que plus haut. En même temps, on constate la présence de globules rouges dans l'urine.

Ces expériences montrent que l'eau et une partie des sels de l'urine (le chlorure de sodium par exemple) sont éliminées par les glomérules par le fait de la transsudation, et cela d'autant plus abondamment que

la pression artérielle est plus élevée et que le courant est plus rapide. Les principes spécifiques de l'urine (urée, acide urique, acide hippurique, etc.), ainsi que les sulfates et les phosphates sont éliminés grâce à une élaboration spéciale des épithéliums (canaux contournés). Comme ces produits ne peuvent être éliminés que s'ils sont dissous, une partie de l'eau passe forcément à travers les épithéliums. Ces derniers ne commencent à entrer en activité qu'à partir du moment où le sang renferme une proportion suffisante de composés susceptibles de fournir de l'urée. Plus le courant est rapide dans les capillaires du rein, plus les cellules élaborent d'urée aux dépens de ces mêmes composés.

ED. RETTERER.

Recherches sur les ferments hépatiques, par DASTRE (*Archiv. de physiologie*, 1er *janvier* 1888).

Les faits établis par l'auteur présentent au premier abord un caractère paradoxal : ils concluent en, effet, à la fois à l'existence dans le foie d'une action inversive dont on n'aperçoit pas *à priori* le rôle et à la non-existence d'un ferment glycosique dont, au contraire, la nécessité semble évidente.

Mais il faut remarquer que le ferment inversif — ou pour mieux parler l'action inversive — est très répandu dans l'organisme, beaucoup plus que l'opinion commune des physiologistes ne tend à l'admettre. Il ne faut donc pas s'étonner de trouver le ferment inversif dans le foie. On s'explique mieux sa présence dans cet organe placé sur le trajet des matériaux alimentaires que dans les autres ; il pourrait servir à une seconde digestion.

Quant à l'absence du ferment glycosique, elle cesse d'être incompréhensible, si l'on admet que la transformation du glycogène en sucre est le fait de l'activité vitale des cellules hépatiques, qu'elle est une conséquence de leur nutrition, le résultat de leur fonctionnement. A. GILBERT.

Ueber die Scheidekraft der Unterkieferdrüse (Sur l'action sécrétoire élective de la glande sous-maxillaire), par Ivo NOVI (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth.*, *p.* 403, 1888).

L'auteur a fait des dosages de chlore (procédé de von Volhardt) dans le sérum sanguin et dans la salive sous-maxillaire du chien, afin de déterminer l'influence qu'une augmentation artificielle de Cl dans le sang (injections répétées de 5 en 5 minutes d'une solution à 10 0/0 NaCl dans la veine jugulaire) exerce sur la proportion de Cl de la salive. Dans la plupart des expériences, la sécrétion salivaire était provoquée par l'excitation des nerfs sensibles de la bouche au moyen d'acides faibles ou d'ammoniaque.

Dans les cas peu nombreux où la rapidité de la sécrétion était restée à peu près la même, malgré l'augmentation de la proportion de chlore du sang, l'auteur constate une augmentation de chlore dans la salive, augmentation proportionnellement plus forte dans la salive que dans le sang.

L'augmentation de chlore dans la salive est moins constante dans les cas où la quantité de salive sécrétée est moindre qu'avant l'injection de

chlorure de sodium dans le sang. Dans quelques cas même, la salive est moins riche en chlore qu'avant. L'augmentation de chlore est au contraire constante et très marquée chaque fois que la sécrétion devient plus abondante.

La richesse de la salive en chlore fut toujours trouvée notablement inférieure à celle du sérum. Les chiffres extrêmes furent 0,04 0/0 et 0,38 0/0 de chlore dans la salive. Ce maximum ne pourrait probablement pas être dépassé de beaucoup, car dès que le sérum contient au delà de 0,7 0/0 de chlore, la sécrétion salivaire ne peut plus être provoquée.

LÉON FREDERICQ.

Beiträge zur Physiologie der Absonderung (Contributions à la physiologie de la sécrétion), par PAWLOW (*Centralblatt für Physiologie, p.* 137, 1888).

On coupe chez un chien, à gauche, la corde du tympan et le sympathique cervical, puis on place des canules dans les deux conduits de Wharton. On excite alternativement les deux sciatiques pendant plusieurs heures, de manière à provoquer un flot de salive dans la glande de droite. On extrait les deux glandes sous-maxillaires, et l'on y détermine l'azote par la méthode de Kjeldahl. On dose pareillement l'azote dans la salive sécrétée. L'expérience fut faite dix fois.

Les dix glandes droites, qui ont fonctionné pendant plusieurs heures, contiennent $1^{gr},87199$ d'azote; la salive secrétée, $0^{gr},41636$.

Les dix glandes gauches reposées contiennent $2^{gr},17718$ d'azote.

Dix glandes sous-maxillaires droites, empruntées à des chiens entièrement sains, fournirent $1^{gr},97848$, et dix glandes gauches fournirent $1^{gr},97942$ d'azote.

On coupe un des pneumogastriques au cou chez un chien porteur d'une fistule pancréatique permanente; au bout de quatre à cinq jours, on excite le bout périphérique du nerf (sans fixer l'animal et sans narcose), il se produit une abondante sécrétion de suc pancréatique;

L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique coupé produit également un flux de suc pancréatique chez les chiens dont on a coupé rapidement la moelle cervicale en travers, après trachéotomie.

LÉON FREDERICQ.

Le gargouillement intestinal, par A. DASTRE (*C. R. Soc. Biologie, 7 janvier* 1888).

Dastre a constaté, dans ses expériences avec Morat sur des chiens anesthésiés et curarisés, des phénomènes de gargouillement intestinal absolument rythmique qu'on pouvait supprimer ou faire reparaître à volonté suivant qu'on entravait ou qu'on facilitait la respiration de l'animal.

PAUL LOYE.

Temperaturverhältnisse der Haut (Température de la peau), par C. WURSTER (*Centralblatt für Physiologie, p.* 4, 1888).

L'auteur admet que la température normale de la surface cutanée de l'homme (non recouverte d'habits dans un local dont l'air a + 23°) est de + 31° centigrade. C'est la température de la peau chez les personnes saines travaillant en plein air. Elle correspond à une bonne irrigation sanguine de la peau et à un degré moyen de contraction des éléments

contractiles de la peau. Chez les personnes habillées d'une façon antihygiénique, les parties de la peau recouvertes de vêtements ont une température de + 34°5; il y a stase veineuse, contraction des petites artères, relâchement de la musculature cutanée et défaut de résistance de la peau aux causes de refroidissement, qui abaissent la température de la peau et la maintiennent à + 23° (ou même à + 18°). Cette température de + 23° est très caractéristique. C'est la température de la peau au sortir d'un bain de mer.

35°,5, au contraire, représente une autre température normale de la peau. On l'observe pendant le sommeil profond, après l'ingestion d'alcool ou de boissons chaudes. Il y a relâchement des petites artères de la peau.

L'auteur admet qu'à ces différentes températures correspondent des processus chimiques différents qui se déroulent dans le protoplasme des éléments vivants de la peau. LÉON FREDERICQ.

Les voies centripètes du réflexe de l'éternûment, par WERTHEIMER et SURMONT (*C. R. Soc. de Biologie*, 21 *janvier* 1888).

L'excitation du lobe olfactif ne provoque ni éternûment, ni mouvement réflexe quelconque. Le rameau ethmoïdal du nerf nasal de la branche ophtalmique représente habituellement la voie centripète unique, exclusive, du réflexe de l'éternûment, quand celui-ci part des fosses nasales. L'éternûment d'origine oculaire a son point de départ dans les nerfs ciliaires. PAUL LOYE.

Eine Vorrichtung zur Farbenmieschung, zur Diagnose der Farbenblindheit und zur Untersuchung der Contrasterscheinungen (Dispositif pour le mélange des couleurs, pour la diagnose de la cécité aux couleurs et pour les recherches de contraste des couleurs), par E. HERING (*Archiv für die gesammt. Phys.*, *XLII*, *p.* 119).

Le procédé consiste à faire pénétrer dans une chambre noire la lumière du ciel à travers une ouverture rectangulaire couverte par un ou deux verres colorés des teintes dont on veut observer le mélange. On regarde à contre-jour un papier blanc, il présente une coloration résultant du mélange des 2 couleurs. En prenant deux ouvertures dont l'une sera recouverte d'une glace simplement dépolie, on pourra obtenir également les divers degrés de saturation. — C'est ce procédé opératoire qui sert de fondement aux méthodes dont se sert Hering pour étudier la cécité des couleurs et les contrastes simultanés ou successifs. A. D.

Ueber die Schwingungen der Stimmbänder bei Lähmungen verschiedener Kehlkopfmuskeln (Vibrations des cordes vocales dans les paralysies des différents muscles laryngiens), par N. SIMANOWSKI (*Arch. f. die gesamm. Physiol.*, *XLII*, *p.* 104).

L'auteur considère le muscle crico-thyroïdien antérieur comme le plus important des muscles laryngés au point de vue de la production des sons musicaux. Contrairement à Exner, il attribue l'innervation de ce muscle à la branche externe du laryngé supérieur, ce dont il s'est assuré en sectionnant cette branche chez le chien et en examinant ultérieu-

rement, après 2 ou plusieurs mois — les muscles dégénérés. Quant à son rôle, il consiste à tendre plus ou moins les cordes vocales et par conséquent à produire des sons plus ou moins élevés; c'est le muscle musical, par excellence. Simanowski enlève ce muscle d'un côté ou sectionne son nerf. On observe l'animal, maintenu la gueule ouverte, avec un réflecteur frontal, derrière lequel un disque stroboscopique tourne rapidement. On constate ainsi toutes les particularités relatives à la forme et au mouvement des cordes vocales. — Après la section du laryngé supérieur (branche externe), les cordes vocales ne sont plus tendues et les sons produits sont abaissés d'une octave et demie A. D.

Ueber Hörprüfung und über ein neues Verfahren zur exacten Bestimmung der Hörschwelle mit Hülfe electrischer Ströme (Détermination de l'acuité auditive et du minimum perceptible dans les variations d'intensité du son, au moyen de courants électriques), par L. JACOBSON (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth. p.* 189, 1888).

Après avoir fait la critique des différents procédés de mesure de l'intensité physique des sons, l'auteur décrit un dispositif expérimental, qui permet d'imprimer à la plaque d'un téléphone récepteur, au moyen de courants électriques interrompus, des oscillations d'intensité variable. Il admet que l'amplitude des vibrations de la plaque est proportionnelle à l'amplitude des oscillations du courant, c'est-à-dire que l'intensité du son peut être considérée comme proportionnelle au carré de l'intensité du courant électrique employé. On varie l'intensité du courant électrique au moyen d'une disposition analogue à celle du rhéocorde simple (fermeture secondaire du courant présentant une résistance variable

LÉON FREDERICQ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Zur Frage über die secundären Degenerationen des Hirnschenkels (Sur la question des dégénérescences secondaires du pédoncule cérébral), par BECHTEREW (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank, Band XIX, Heft* 1, *p.* 1).

Bechterew publie trois observations de dégénérescence secondaire du pédoncule cérébral pour en tirer cette conclusion que la dégénérescence descendante du faisceau latéral de ce pédoncule, faisceau de Türck, est la conséquence de quelque lésion profonde du lobe occipito-temporal.

Dans le premier cas, l'autopsie a fait découvrir un ramollissement d'une grande partie de l'hémisphère gauche, les circonvolutions frontales presque en totalité, les deux circonvolutions centrales, l'insula, toutes les circonvolutions pariétales et temporales, la plus grande partie des circonvolutions occipitales étaient séparées des parties sous-jacentes par la zone de ramollisse-

ment. En outre, il y avait destruction complète de la capsule externe et de la capsule interne, des noyaux lenticulaires et caudés, de la portion latérale de la couche optique. Le pédoncule cérébral gauche, réduit au tiers de son volume normal, était dégénéré dans toute sa masse; la dégénérescence intéressait notamment la portion latérale du pédoncule, le faisceau de Türck. Les fibres à myéline avaient complètement disparu. Il en était de même des fibres longitudinales de la moitié gauche de la protubérance, tandis que les fibres transversales étaient en état de parfaite conservation. En aval de la protubérance, la dégénérescence était cantonnée dans la pyramide gauche et plus bas, dans le faisceau pyramidal latéral.

Dans le second cas un foyer de ramollissement circonscrit occupait de chaque côté la partie antérieure de la capsule interne; de plus à gauche, un travail de ramollissement avait désorganisé par places le lobe occipital, la partie moyenne des deuxième et troisième circonvolutions temporales, la presque totalité de la circonvolution linguale et une grande partie de la circonvolution fusiforme, et de la circonvolution angulaire; là, le ramollissement s'étendait en profondeur jusque près du ventricule. Dans le pédoncule cérébral de chaque côté, la dégénérescence secondaire était limitée à la partie médiane; toutefois à gauche, dans le pied du pédoncule, elle intéressait le faisceau de Türck.

Dans le troisième cas (idiotie, microcéphalie), les hémisphères étaient presque complètement désorganisées par un travail de sclérose ; seules les circonvolutions orbitaires, les circonvolutions frontales, la portion basilaire du lobe occipital et une étroite bandelette des circonvolutions centrales dans le voisinage de la scissure médiane des hémisphères étaient respectées. Des deux côtés le pédoncule cérébral était complètement dégénéré et atrophié, sauf que le faisceau de Türck était en état de parfaite intégrité.

D'après ces résultats, Bechterew croit pouvoir conclure que le faisceau de Türck tire son origine du lobe occipito-temporal, lequel lobe était sain dans le troisième cas et intéressé par le ramollissement dans les deux premiers cas ; que d'autre part la dégénérescence secondaire du faisceau médian du pécondule, constatée dans le second cas, était sous la dépendance du foyer de ramollissement compris dans le segment antérieur de la capsule interne. J. RICKLIN.

Examen d'un cerveau d'amputé, par LAMARQUE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 *janvier* 1888).

On note les particularités suivantes sur les circonvolutions frontales et pariétales accendantes, du côté gauche : Dans leur moitié supérieure elles paraissent déprimées, légèrement aplaties, et il semble que la substance cérébrale soit plus molle que du côté droit. Il existe un effacement très manifeste des plis de courbure de ces circonvolutions... Le sillon, qui sépare la pariétale ascendante de la frontale ascendante paraît plus transversal du côté gauche que du côté opposé, ce qu'il faut attribuer à un affaissement de la substance cérébrale. OZENNE.

Rôle des cellules géantes dans le foie des nouveau-nés, par W. MAZZONI (*La Riforma medica*, 17 *avril* 1888).

Au milieu des cellules hépatiques en dégénérescence graisseuse du foie des nouveau-nés, on constate un grand nombre de cellules géantes les unes à noyau unique, le plus grand nombre à noyaux multiples, à protoplasma homogène et de forme irrégulière. La multiplication des noyaux de ces cellules se fait par voie directe ou par gemmation ; l'au-

teur ne l'a pas vue se faire par karyokinèse. Par suite de la multiplication des noyaux, il se produit une division du protoplasma, en deux masses pourvues toutes deux de noyaux multiples. Le protoplasma de ces grandes cellules est destiné à disparaître par raréfaction progressive en laissant libre un groupe de noyaux, lesquels se revêtent d'un nouveau protoplasma et se transforment ainsi en cellules hépatiques jeunes.

GEORGES THIBIERGE.

Sull'istogenesi del cancro primitivo del fegato, par F. BRAZZALO (*La Riforma medica*, 5 *et* 7 *mai* 1888).

Dans un cas de cancer du foie, examiné par l'auteur, la tumeur n'avait pour origine ni les cellules épithéliales des conduits biliaires, ni les endothéliums vasculaires, mais les cellules hépatiques elles-mêmes : ces cellules étaient le siège de phénomènes de karyokynèse, aboutissant à la production d'éléments ayant tous les caractères des cellules cancéreuses.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber ein Cystoadenoma papilliferum in einer Kaninchenleber (Sur un adénome kystique papillifère dans le foie d'un lapin), par Fr. SCHWEITZER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIII, Heft* 2).

En injectant sous la peau de deux jeunes lapins des *Coccus* ou *Psorospermies*, l'auteur trouva déjà, 20 heures après l'opération, que le foie de ces animaux présentait une vingtaine de petites nodosités dont le volume variait de 1 à 8 millimètres. L'examen histologique établit que c'étaient des tumeurs, dont les unes résultaient de la dilatation des conduits biliaires, à parois épaissies et à revêtement épithélial simple ; les autres figuraient des kystes véritables, à coque conjonctive et à couche épithéliale épaissie ; d'autres plus volumineuses offraient des saillies épithéliales en forme de papillome ; d'autres enfin, représentaient un système de lacunes compliquées, provenant de la confluence de plusieurs kystes du 3e type.

Quant au tissu hépatique lui-même, on voit que presque tous les conduits biliaires sont élargis, que leurs parois sont épaissies et qu'un certain nombre de ces canaux montrent des saillies épithéliales analogues à celles des kystes. Dans ces derniers, il existe partout des quantités de psorospermies. Autour des conduits biliaires, on trouve des territoires où le tissu conjonctif a subi une hyperplasie notable et là les cellules hépatiques sont aplaties, troubles et pigmentées. Plus loin, on voit des bourgeons ovalaires, remplis d'une série double de cellules épithéliales à forme cylindrique, et enveloppés d'une épaisse gaine conjonctive, tout comme dans les vrais adénomes. L'auteur explique la production des néoformations en question par l'arrivée des psorospermies dans les conduits biliaires. En oblitérant ces derniers, les psorospermies auraient déterminé une augmentation de pression dans les capillaires biliaires, d'où dilatation de ces vaisseaux et épaississement de leurs parois. L'irritation consécutive aurait provoqué la formation des adénomes, et dans la suite, l'accumulation d'un liquide et la production des kystes.

ED. RETTERER.

Ueber die sogenannte Stomatitis aphthosa, besonders in anatomischer und ätiologischer Beziehung (Sur la prétendue stomatite aphtheuse, spécialement au point de vue étiologique et anatomique), par Eug. FRAENKEL (*Archiv f. path. Anatomie u. Physiol., Band CXIII, Heft* 3).

Les plaques formées par les aphthes sont composées d'un réseau fibrillaire, à mailles plus ou moins étroites, constitué par une substance hyaline ou finement granuleuse, et renfermant des cellules rondes et des cellules épithéliales en voie de nécrose. En un mot, on y trouve les mêmes éléments que dans les pseudo-membranes diphtéritiques. Le tissu du derme ne participerait pas à la formation de cette fausse membrane. Il s'agirait d'un exsudat fibrineux à la formation duquel prendraient part les leucocytes et qu'on devrait désigner par le nom de *plaques diphtéritiques* de la bouche.

L'auteur a trouvé dans ces pseudo-membranes des microbes qui, cultivés et inoculés sur la cornée du lapin et du cobaye ont produit une kératite accompagnée d'hypopion. On aurait donc affaire au staphylococcus pyogenes-citreus, mais portés dans la cavité buccale des mêmes animaux, ces microbes n'ont provoqué aucune lésion appréciable. Malgré ces résultats négatifs sur les animaux, l'auteur pense que les microorganismes participent à la genèse de aphthes. ED. RETTERER.

Ueber Gastritis membranacea und diphtheritica (Sur la gastrite membraneuse et diphtéritique), par G. SMIRNOW (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol. Band CXIII, Heft* 2).

Il s'agit de déterminer l'origine et la nature de la pseudomembrane diphtéritique de l'estomac. L'auteur décrit deux cas où les éléments de la muqueuse stomacale (l'épithélium et le tissu conjonctif, aussi bien que les cellules des glandes gastriques) présentent les diverses phases d'une dégénérescence particulière : ils sont gonflés, le noyau a disparu et les cellules se sont transformées en masses brillantes et homogènes, qui se fusionnent plus tard, les unes avec les autres, pour constituer la charpente de la fausse membrane. C'est là le stade primitif du processus diphtéritique, accompagné de la nécrose du tissu conjonctif de la muqueuse. Les globules blancs et la fibrine feraient défaut à ce moment. Si la maladie s'étend à la muqueuse et au tissu sous-muqueux, les vaisseaux sont atteints en premier lieu; les éléments constitutifs de leurs parois dégénèrent en même temps que les globules blancs forment dans leur intérieur des masses hyalines semblables. La nécrose des tissus ne serait que la conséquence de l'oblitération des vaisseaux.

Dans une autre série de diphtérites pharyngiennes, l'auteur a constaté des modifications tout autres dans la muqueuse stomacale. Il existait de l'hyperémie et de l'extravasation accompagnée d'une infiltration plus ou moins prononcée de cellules rondes. L'épithélium superficiel s'était détaché en partie, mais sans présenter les modifications susmentionnées. Les fausses membranes étaient d'origine exsudative, composées de mucus, de cellules glandulaires et de détritus, ou bien encore de fibrine. Nulle part il n'y avait trace ni du réseau de substance

hyaline propre à la diphtérite pharyngienne, ni de la dégénérescence des cellules, des vaisseaux et de la muqueuse.

Il convient, par suite, de distinguer cette seconde série d'avec les premiers cas, puisqu'on a affaire à une inflammation stomacale, consécutive à la diphtérite pharyngienne. Ce seraient simplement des phénomènes marquant la période de réaction de la maladie du pharynx. ED. RETTERER.

Die Genese der Ectopia Ventriculi aus Nabel (La genèse de l'ectopie de l'estomac à l'ombilic), par Siegenbeek van HEUKELOM (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 3).

L'auteur croit pouvoir expliquer la présence des ectopies ou tumeurs de l'ombilic par une anomalie de développement de l'intestin moyen. Tandis qu'à l'état normal, l'anse intestinale comprise à l'origine dans le cordon ombilical, se retire dans la cavité abdominale, elle peut, dans certains cas, continuer à adhérer aux tissus du cordon et se séparer en partie ou totalement du reste de l'intestin. C'est ainsi que se formerait un diverticule intestinal complètement isolé et situé dans le cordon ombilical. Après la chute du cordon, le diverticule reste en partie dans l'ombilic : c'est là le début de l'ectopie. Que la muqueuse et la tunique musculaire de ce diverticule se développent, pendant que les tissus de l'ombilic se rétractent, il y aura formation d'une tumeur revêtue d'une membrane muqueuse.

L'examen microscopique de l'une de ces tumeurs montra à l'auteur que c'était une portion isolée de l'intestin, dont la muqueuse était de tous points semblable à celle du pylore chez le même sujet. Il pense que c'est l'absence de méconium qui a déterminé l'analogie de forme que présentent les éléments de ce diverticule avec ceux du pylore. Primitivement les épithéliums de l'estomac et de l'intestin sont semblables et ce n'est que plus tard, grâce au contact de la bile, que ceux de l'intestin diffèrent de ceux de l'estomac et du pylore.

Ces ectopies intestinales de l'ombilic ne seraient donc autre chose que des portions intestinales séparées du tube digestif, et, l'ectopie de l'estomac n'existerait pas, en raison de la distance et de la présence du foie interposé entre l'estomac et l'ombilic. Les ectopies qui se sont formées de très bonne heure possèdent une muqueuse analogue à celle du pylore et sécrètent un suc acide, tandis que celles qui ont pris naissance plus tard renferment des glandes de Lieberkühn et des cellules caliciformes.

E. RETTERER.

Ueber die venöse Hyperämie der Milz (Sur l'hyperémie veineuse de la rate), par N. SOKOLOFF (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXII, Heft* 2).

L'auteur a provoqué l'hyperémie de la rate sur les chiens et les lapins, en liant pendant quelque temps la veine splénique, et il a maintenu les éléments constituants de la rate dans leur arrangement réciproque, en ne pratiquant les coupes que sur des parties imprégnées totalement de collodion. Les résultats qu'il a obtenus au point de vue de la structure de la rate sont les suivants : les ramuscules artériels les plus déliés sont musculeux et se divisent en capillaires qui sillonnent les corpuscules de Malpighi en tout sens. Cependant, ceux de la périphérie sont plus nom-

breux et ils émettent des capillaires qui vont en rayonnant vers la pulpe splénique. Il est possible, mais très difficile, de suivre ces capillaires jusqu'à leur abouchement dans les veines. Celles-ci forment des plexus à disposition concentrique aux corpuscules de Malpighi, et, les mailles qu'elles produisent en s'anastomosant, sont d'autant plus larges, qu'on s'éloigne davantage des mêmes corpuscules. Les trabécules de la pulpe splénique se continuent, près des veines, avec un réticulum qui constitue à ces dernières une sorte d'adventice, ne se présentant pas comme une membrane continue. La surface interne de ce reticulum est revêtue par des cellules endothéliales à aspect fusiforme. Sur les rates normales de lapin et de chien, les bords de ces cellules se touchent, et, sur les coupes fines, il n'y a pas d'intervalle entre deux cellules voisines. Mais il suffit d'une hyperémie veineuse pour écarter les bords de deux cellules voisines. Dans ces conditions, les globules rouges sortent en masse de l'intérieur des veines, pour remplir les mailles de la pulpe splénique. Aussi l'auteur trouve-t-il que, dans les rates normales, le courant sanguin parcourt un réseau vasculaire fermé, c'est-à-dire endigué de toutes parts par l'endothélium; 2° qu'une hyperémie de peu d'intensité amène la réplétion des veines et une dilatation œdémateuse des mailles de la pulpe splénique avec *sortie de peu de globules rouges ;* 3° qu'une hyperémie intense produit la pénétration en masse des globules rouges dans le réticulum de la pulpe (*tumeur splénique de l'hyperémie*).

Les cas d'hyperémie aiguë, observés sur l'homme, donnèrent des résultats analogues. Quant à l'hyperémie chronique, elle amène un épaississement notable du réticulum qui entoure les veines à la façon d'une adventice, de sorte que la sortie des globules rouges devient plus difficile, sinon impossible. Le réseau conjonctif de la pulpe se montre également épaissi. Les éléments de la pulpe n'offrent pas de modifications visibles, sauf une pigmentation plus notable. Il est vrai que les granules pigmentaires se trouvent normalement dans la pulpe splénique. Cependant, dans les hyperémies chroniques intenses, le pigment est beaucoup plus abondant et est réparti dans l'intérieur des cellules de la pulpe, aussi bien que dans leur intervalle. ED. RETTERER.

Zur pathologischen Anatomie der Febris recurrens (Contribution à l'anatomie pathologique de la fièvre récurrente), par PUSCHKAREFF (*Archiv f. path. Anatom. u. Physiol., Band CXIII, Heft* 3).

L'examen de trente sujets morts de fièvre récurrente pendant l'épidémie qui sévit à Saint-Pétersbourg pendant les années 1885 et 1886, donna les résultats suivants pour ce qui concerne les lésions des organes les plus importants :

1° *Rate.* Il y a accumulation de cellules rondes aussi bien dans les corpuscules de Malpighi que dans la pulpe splénique. A chaque rechute, il y a formation de nouveaux foyers de cellules rondes. Les éléments granuleux à noyaux multiples deviennent d'autant plus nombreux dans la pulpe et dans les veines spléniques que les rechutes se répètent davantage. L'endothélium des vaisseaux gonfle surtout dans les veines.

Les infarctus visibles à l'œil nu sont des thrombus veineux ;

2° *Foie.* Les cellules hépatiques sont volumineuses, troubles et plus granuleuses; l'endothélium des capillaires, qui sont plus larges, est

gonflé et strié; le tissu conjonctif interlobulaire est atteint d'inflammation sur les foies présentant un commencement de cirrhose; quand il y a ictère, les conduits biliaires présentent les troubles de l'inflammation.

3° *Reins.* Ces organes sont atteints d'inflammation chronique; les glomérules présentent les lésions d'une néphrite aiguë; l'endothélium des capillaires est trouble.

4° *Cœur.* Les fibres musculaires sont gonflées, ainsi que les cellules nerveuses des ganglions cardiaques.

5° *Moelle des os.* Elle est hyperémiée et présente des amas d'éléments lymphoïdes mêlés à des globules rouges.

Ces lésions semblent montrer que les organes, de même que l'endothélium des capillaires, sont le siège d'une altération se bornant au gonflement et à un état granuleux et trouble du protoplasma, qui, dans de bonnes conditions, peut retourner à son état normal. Cependant la maladie peut déterminer dans certains cas la dégénérescence des fibres cardiaques et l'exacerbation des processus chroniques dont sont affectés les reins, le foie et la rate. ED. RETTERER.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Addison'schen Krankheit (Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie d'Addison), par von KAHLDEN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIV, Heft* 1).

Ce sont les observations de deux sujets, l'un de 54 ans, l'autre de 70, atteints de maladie d'Addison.

Dans les deux cas, les *capsules surrénales* présentaient à leur centre une masse caséeuse, où il n'était plus possible de reconnaître des éléments figurés et montrant un certain nombre de bacilles de la tuberculose. Les *ganglions semi-lunaires* étaient le siège d'altérations notables : les cellules ganglionnaires étaient atrophiées ainsi que leur noyau, et, leur protoplasma s'était transformé en granulations pigmentaires; la plupart des vaisseaux avaient subi la dégénérescence hyaline, accompagnée de l'infiltration de l'adventice par des cellules arrondies, en même temps que les nerfs splanchniques montraient un épaississement de la gaine lamelleuse. Ajoutons la présence d'hémorragies plus ou moins abondantes dans la portion périphérique des ganglions. Ces lésions n'étaient pas également prononcées à droite et à gauche. Ces modifications anatomiques des ganglions semi-lunaires peuvent, aux yeux de l'auteur, expliquer en partie les symptômes de la maladie, bien qu'il ne soit pas légitime de conclure de deux faits que l'altération des ganglions semi-lunaires suffise pour rendre compte de tous les symptômes propres à la maladie d'Addison.

Quant au pigment de la peau, il s'était surtout accumulé dans les assises profondes du réseau de Malpighi, bien qu'on pût le poursuivre jusque dans la couche cornée. Les assises les plus externes de la gaine épithéliale externe du follicule pileux étaient également remplies de granulations pigmentaires. Celles-ci ne sont pas formées dans les cellules épithéliales elles-mêmes : elles proviennent du derme, d'où les cellules migratrices les transportent dans l'épiderme. Chaque cellule épithéliale reçoit son pigment de plusieurs cellules migratrices à la fois. Ces dernières se trouvent rangées, dans les papilles du derme, de chaque côté du vaisseau qui y monte et semblent se charger, pour l'amener aux cellules épithéliales, du pigment qui se forme à la suite de l'altération du sang. Cette origine du pigment est d'autant plus probable que nulle part il n'y avait trace d'hémorragies et que les lésions des tuniques vasculaires étaient insignifiantes et de causes secondaires.

ED. RETTERER.

Un nuovo caso di struma soprarenale accessoria nel rene (Un nouveau cas de glande surrénale accessoire dans le rein), par C. MOGLIA (*Bollettino delle scienze mediche di Bologna, t. XXI*, 1888).

Le fait que rapporte l'auteur a été observé sur une femme de 86 ans dont la peau était fortement bronzée et dont les organes présentaient diverses altérations. Les capsules surrénales étaient hypertrophiées. Le rein gauche, notablement augmenté de volume, renfermait dans son épaisseur une tumeur arrondie, et de couleur jaune brun, étendue depuis le bord convexe jusqu'au hile, et de la face antérieure à la face postérieure mesurant 5 centimètres dans son plus grand diamètre. L'examen microscopique fit voir que cette tumeur était formée de nombreux alvéoles conjonctifs renfermant des cellules épithélioïdes, polygonales, à protoplasma riche en graisse et en pigment, ou en pigment seul. Les vaisseaux y étaient très abondants, et une capsule fibreuse isolait le tout du parenchyme rénal. L'auteur pense que cette tumeur est une glande surrénale accessoire constituée seulement par de la substance médullaire. A. NICOLAS.

Ueber multiple Hautnekrosen und Schleimhautulcerationen bei einem Diabetiker (Sur des nécroses multiples de la peau et sur des ulcérations muqueuses chez un diabétique), par ROSENBLAT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiolog., Band CXIV, Heft* 1).

Il s'agit d'un diabétique dont les poumons présentaient des lésions tuberculeuses et des portions gangrenées, dont la peau montrait de nombreuses taches nécrosées et dont les muqueuses digestives étaient couvertes d'ulcères.

Les portions nécrosées de la peau comprenaient la moitié environ du derme. Tandis que les gros vaisseaux de la peau n'avaient aucune lésion particulière, le derme sous-jacent aux endroits nécrosés était le siège d'hémorragies capillaires, de même que le chorion ulcéré des muqueuses. Les hémorragies auraient déterminé l'affection de la peau et les ulcères des muqueuses. Le fait intéressant de ces nécroses dermiques consistait dans l'absence totale de bourgeons charnus et dans un mode spécial de réparation de l'épiderme à ce niveau. L'épithélium bourgeonnait non seulement à partir des bords de l'ulcère, mais encore de l'intérieur mis à nu des canaux excréteurs des glandes sudoripares. ED. RETTERER.

Multiple Fibrome der Haut, der Nerven und Ganglien mit Uebergang in Sarcom (Fibromes multiples de la peau, des nerfs et des ganglions avec transformation en sarcomes), par H. WESTPHALEN (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol., Band CXIV, Heft* 1).

Il s'agit d'une femme rachitique, âgée de 45 ans, présentant de nombreux fibromes dans la peau et sur le trajet des nerfs cérébro-spinaux et sympathiques. Ces tumeurs avaient un volume peu notable, sauf l'une d'elles siégeant dans le plexus brachial et atteignant la grosseur d'une orange. Il s'en trouvait même dans la tunique musculeuse de l'estomac. Ces néoformations ayant une texture plexiforme rentrent par suite dans le groupe des *tumeurs plexiformes* des auteurs.

L'examen microscopique montre que les tumeurs de la peau ont commencé par prendre naissance dans le tissu conjonctif grâce à la prolifération des faisceaux conjonctifs des cordons nerveux. Il en est de même des fibromes du grand sympathique et de ceux des ganglions spinaux. On constate qu'il y a simultanément atrophie des cellules ganglion-

naires. Ajoutons que l'une des tumeurs, qui s'était développée dans le cinquième ganglion cervical s'était transformée partiellement en sarcome ; c'est là une modification cellulaire d'une grande importance au point de vue clinique. ED. RETTERER.

Ueber die Reiskörperbildungen in Sehnenscheiden und Gelenken (Sur la formation des grains riziformes dans les gaines tendineuses et les articulations), par **K. SCHUCHARDT** (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol.*, *Band CXIV*, *Heft* 1).

L'examen des gaines synoviales tendineuses des fléchisseurs des doigts atteintes d'hygroma et présentant des grains riziformes montre que les replis de la séreuse tendineuse se sont transformés en masses granuleuses offrant quelques restes de noyaux et forment dans les couches internes des trabécules anastomosés. Plus loin, ces fibres conjonctives nécrosées passent insensiblement à des faisceaux fibrineux se comportant, sous l'influence des réactifs, comme de la fibrine véritable. Les grains riziformes eux-mêmes ne sont pas constitués par de la fibrine fibrillaire, bien que la substance qui les forme s'en rapproche au point de vue chimique. Ajoutons que, dans leur voisinage, se trouvent de nombreux tubercules miliaires, avec des cellules géantes et quelques bacilles de la tuberculose.

Les grains riziformes des articulations ne sont pas non plus composés de fibrine fibrillaire. L'examen des membranes synoviales des articulations malades établit également que les fibrilles conjonctives se sont gonflées et transformées en filaments rappelant la fibrine, tandis que les noyaux disparaissent peu à peu.

Ces faits semblent prouver que les grains riziformes ne résultent pas de la coagulation des liquides épanchés, mais qu'ils représentent des portions modifiées de la membrane synoviale. Celles-ci se nécrosent et sous l'influence des frottements et des mouvements, elles se détachent, se divisent et deviennent des grains riziformes. ED. RETTERER.

Zur pathologischen Anatomie der Brustdrüse (Contribution à l'anatomie pathologique de la glande mammaire), par **R. DREYFUSS** (*Archiv f. patholog. Anatom. u. Physiol.*, *Band CXIII*, *Heft* 3).

1° Le *polycystome* (kystes multiples de la mamelle) dérive de la transformation de l'acinus normal : à cet effet, l'épithélium, de cubique, devient cylindrique à une seule assise ; plus tard, il sera constitué par deux assises de cellules du double plus longues. Sous cet épithélium, se trouve une couche de cellules fusiformes renfermées dans la substance amorphe de la membrane propre et possédant de 2 à 4 prolongements simples ou ramifiés ; dans les gros kystes, ces cellules sont étoilées et anastomosées formant un réseau dans la membrane propre. Avec cette modification de la paroi propre coïncide la disparition des cloisons interacineuses. Si l'acinus devient plus grand, c'est grâce à cette hyperplasie de la membrane propre et à l'hypertrophie du revêtement épithélial.

2° Dans le *cystosarcome* (tumeurs d'origine conjonctive de la mamelle), les cellules étoilées de la membrane propre constituent l'épithélium aplati qu'on a décrit au-dessous du revêtement épithélial de l'acinus. Ces

cellules étoilées disparaissent dans les tumeurs conjonctives de la mamelle, tandis que la membrane amorphe prend un aspect fibrillaire et s'amincit notablement.

3° Dans le *carcinome*, les parois des canaux excréteurs et des acini peuvent subir une dégénération hyaline, qui laisse la membrane propre intacte, mais transforme le tissu conjonctif voisin en une masse figurant des cercles clairs et à aspect vitré.

4° L'*adénome* (hyperplasie partielle de la glande mammaire) se compose : 1° d'une charpente épaisse du tissu connectif embryonnaire, dans laquelle on aperçoit des vaisseaux dilatés et du pigment (résultat des hémorragies); 2° des séries parallèles entre-croisées ou enroulées en pelotons de traînées épithéliales. Celles-ci sont entourées d'une membrane propre montrant les noyaux des cellules fusiformes et elles sont constituées par deux couches de cellules épithéliales dont la forme est cubique. Nulle part le tissu conjonctif n'est infiltré de cellules épithéliales ou offrant un caractère épithélioïde. ED. RETTERER.

Sopra un caso di polianchilopodia in un esadatillo (Cas de polyanchylopodie chez un hexadactyle), par G. ZOJA (*Bollettino scientifico*, *Pavia*, 1888).

L'anomalie extrêmement rare et curieuse observée par Zoja chez un homme de 70 ans consistait, indépendamment de l'hexadactylie dans l'ankylose de la plupart des articulations du pied droit (le gauche était normal). Dans la région tarsienne étaient complètement soudées les articulations : 1° du scaphoïde avec les 3 cunéiformes ; 2° des 3 cunéiformes entre eux ; 3° du calcanéum avec le cuboïde. Dans la région métatarsienne, les articulations : 1° des 3 premiers métatarsiens entre eux; 2° des 2 derniers métatarsiens entre eux. Dans la région tarso-métatarsienne : 1° les articulations des 3 premiers métatarsiens avec les 3 cunéiformes, 2° du 2e métatarsien avec le premier et le 3e métatarsien,enfin, 3° des 2 derniers métatarsiens avec le cuboïde. En somme, sur 23 articulations il n'en restait plus que 7, et le pied (l'astragale qui était libre, mis à part) se trouvait divisé dans le sens antéro-postérieur en un segment interne comprenant le scaphoïde, les 3 cunéiformes et les 3 premiers métatarsiens, et un segment externe formé par le calcanéum, le cuboïde et les 2 derniers métatarsiens. L'auteur considère cette anomalie comme à peu près inexplicable : elle ne pouvait être d'ailleurs rattachée à un état pathologique, et doit trouver sa signification dans l'étude de l'anatomie comparée.

A. NICOLAS.

Inherited congenital deformity of hands and feet (Malformation héréditaire des mains et des pieds), par BARKER et ROBINSON (*The Lancet, I, p.* 729, 1887).

Il s'agit d'un enfant de trois ans, chez lequel le premier et le deuxième doigt de chaque extrémité étaient fusionnés en un seul, les trois derniers doigts également fusionnés de la même manière, de telle sorte que chaque pied portait seulement deux orteils, l'un gros, l'autre petit, séparés par une large fente (pied fourchu). L'arbre généalogique, recueilli par les auteurs, faisait voir que cette difformité remontait à la troisième génération. La première personne affectée était la grand'mère de l'enfant, et sur 36 descendants, 16 présentaient la même lésion. La difformité, très uniforme chez tous, s'était transmise exclusivement par les femmes. H. BARTH.

Studio anatomico sopra un mostro Diprosopus tetrophthalmus (Förster), par G. MARTINOTTI et G. SPERINO (*Internationale Monatsch. f. Anat. u. Phys., Band V, Heft* 3-4, 1888).

Ce monstre possédait deux oreilles, deux nez, quatre yeux; les deux yeux internes étaient renfermés dans une cavité orbitaire unique. Il existait quatre hémisphères cérébraux, un seul cervelet, une protubérance et une seule moelle épinière. Celle-ci présentait sur sa face antérieure un cordon médian anormal intercalé dans le fond du sillon longitudinal antérieur et qui se perdait en s'amincissant progressivemement vers le milieu de la région dorsale.

L'étude de coupes sériées montra que, dans la région cervicale, ce cordon était formé de fibres longitudinales et de quelques fibres transversales, avec des amas irréguliers de cellules semblables à celles des cornes antérieures. Le reste de la moelle présentait la structure habituelle. Au niveau du bulbe et de la protubérance, ce faisceau occupait toute l'épaisseur de l'axe nerveux et séparait complètement les deux moitiés latérales restées normales. On retrouvait dans son intérieur des vestiges des noyaux d'origine des nerfs.

Pour conclure, les auteurs se rallient à la théorie suivant laquelle les monstres doubles résulteraient de la fusion de deux embryons, le cordon anormal serait le résultat de cette coalescence des deux moitiés de moelle contiguës.

A. NICOLAS.

Beiträge zur Muskelpathologie (Contributions à la pathologie des muscles), par Ed. KRAUSS (*Archiv f. pathol. Anat. u, Physiol., Band CXIII, Heft* 2).

En sectionnant le tendon ou le nerf d'un muscle, on voit ce dernier présenter des modifications dans sa structure et dans sa richesse en glycogène. La section du tendon d'Achille fut pratiquée sur 25 lapins, tandis que le nerf sciatique fut divisé sur 19 autres lapins. Après la ténotomie, voici les changements présentés par le tendon et le tissu musculaire (de 3 à 210 jours après l'opération) : le muscle s'est atrophié et a diminué de poids ; la fibre musculaire s'est amincie et ses noyaux sont plus abondants ; par contre, le tissu conjonctif interstitiel a augmenté ainsi que le tissu adipeux. Le tendon offre une prolifération abondante de cellules tendineuses, qui, d'abord rondes, deviennent plus tard anguleuses et montrent des prolongements protoplasmatiques se divisant en fibrilles. Les cellules tendineuses et les fibrilles s'étendent jusque entre les faisceaux musculaires du gastrocnémien. Ces faits semblent indiquer une inflammation chronique et subaiguë du tendon, laquelle amène une atrophie en premier lieu de la substance musculaire, puis une prolifération du protoplasma et des noyaux renfermés dans la gaine du sarcolemme. La névrotomie a donné des résultats analogues : diminution de poids du muscle ; diminution de diamètre de la fibre musculaire, multiplication des noyaux de la fibre musculaire et augmentation du tissu conjonctif interstitiel (fibrilles et noyaux).

Quant à la quantité de glycogène contenue dans le muscle après la névrotomie et la ténotomie, elle est tantôt plus forte, tantôt moindre que dans le muscle normal, bien que l'hyperémie veineuse soit constante après la section du nerf, et que la ténotomie soit toujours suivie d'anémie. L'auteur conclut à la suite de ces faits que ni la ténotomie, ni la névrotomie n'exercent une influence bien manifeste sur les échanges nutritifs du muscle, spécialement au point de vue du glycogène.

ED. RETTERER.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Versuche über Schutzimpfung auf chemischem Wege (Expériences sur l'inoculation préservatrice par voie chimique), par L. C. WOOLDRIDGE (*Archiv für Physiologie, p.* 527, 1888).

Une solution de fibrinogène provenant du suc du thymus ou du testicule, injectée dans la veine chez le lapin, produit des coagulations vasculaires étendues, d'où arrêt de la circulation et mort de l'animal. Chez le chien, la même injection de fibrinogène ne produit généralement que des coagulations peu étendues, limitées au domaine de la veine-porte et n'entraînant pas la mort de l'animal. Chez l'animal qui a subi une telle injection, le sang est devenu incoagulable : aussi une nouvelle injection reste sans effet. Le fibrinogène du sang paraît donc altéré sous l'influence du fibrinogène provenant des tissus.

La solution de fibrinogène provenant des tissus, peut être bouillie sans que toute la substance albuminoïde se coagule. Une partie du fibrinogène reste en solution, Cette solution bouillie a perdu la propriété de provoquer des coagulations intravasculaires, mais coagule le plasma peptonisé. Si l'on fait dans cette solution bouillie une culture de *bacillus anthracis*, dans des conditions déterminées, on obtient un liquide qui, bouilli de nouveau pour détruire le *bacillus anthracis*, peut procurer l'immunité contre le charbon aux lapins auxquels on l'inocule.

Wooldridge est arrivé également à préparer au moyen du fibrinogène, un liquide qui procure l'immunité contre le charbon sans l'intervention des cultures de bacillus anthracis. Il faut pour cela faire bouillir la solution de fibrinogène, de manière à la coaguler partiellement. Nous renvoyons à l'original pour le détail des expériences. LÉON FREDERICQ.

Experimentelle Untersuchungen ueber den Uebergang geformter Elemente der Mutter zur Frucht (Recherches expérimentales sur le passage des éléments figurés de la mère au fœtus), par KRUKENBERG (*Arch. für Gyn., XXXI*, 2).

L'auteur s'est livré à une série de recherches ayant pour but d'élucider la question du passage des éléments figurés de la mère au fœtus. Dans une première série d'expériences faites avec une substance inorganique, le sulfate de baryum, il n'a pu observer ce passage. Le résultat a été de même négatif dans une seconde série d'expériences faites avec un corps organisé, le bacillus prodigiosus.

Des expériences analogues avaient été faites par Perls, Reitz et Caspary, Marx avec du cinabre et du bleu d'outre-mer et avaient réussi. Ahlfeld avait échoué avec l'encre de Chine.

Krukenberg pense qu'on peut expliquer la différence de ces résultats de deux manières. Ou bien on peut l'attribuer à ce qu'il y a dans certains cas pénétration par effraction de particules solides et résistantes au niveau du placenta (grains de cinabre, de pigment....); ou bien elle

peut tenir à l'affinité différente des agents injectés pour les globules blancs du sang, qui leur servent de véhicule à travers le placenta; or, tandis que Hoffmann et Langherans ont observé quelques heures après une injection de cinabre la fixation des grains colorés aux leucocytes, Wissokovitch n'a jamais observé cette fixation pour les bactéries injectées dans le sang.

Quoi qu'il en soit, de nouvelles études sont nécessaires pour juger la question. CH. MAYGRIER.

Ueber die experimentelle Nachweis der Aufnahme von Infectionserregern aus dem Athemluft (Démonstration expérimentale de l'absorption des germes infectieux par l'air inspiré), par BUCHNER (*München. med. Wochenschr.*, *n°* 16, *et Centralbl. f. d. med. W.*, *n°* 35, 1888).

Par des expériences antérieures, l'auteur avait démontré que l'absorption de germes infectieux sec réduits à l'état de poussière peut se faire par la voie pulmonaire. Il a renouvelé les mêmes expériences en se servant du spray. Les microbes sont en suspension dans de l'eau et pulvérisés dans une boîte de zinc dans laquelle sont maintenus les animaux en expérience. Il a obtenu de cette façon des résultats positifs plus rapides encore qu'avec les pulvérisations sèches.

Les microbes pathogènes susceptibles de pénétrer par cette voie sont ceux que l'on peut appeler les parasites du sang : charbon, rouget du porc, fièvre récurrente, malaria. Les bacilles de la tuberculose et de la morve, qui ne sont pas des parasites du sang, pénétreraient par les voies lymphatiques; il en serait de même des cocci de l'érysipèle et du pus. A. MATHIEU.

I. — Ueber Bacteriopurpurin und seine physiologische Bedeutung (Sur la bactérie purpurine et sa signification physiologique), par Th. W. ENGELMANN (*Archiv für die ges. Physiol.*, *XLII*, *p.* 183).

II. — Ueber Blutfarbstoff als Mittel zur Untersuchung des Gaswechsels chromophyllaltiger Pflanzen im Licht und Dunkel (Sur la matière colorante du sang comme moyen de distinguer des échanges gazeux, à l'ombre ou à la lumière, pour les végétaux colorés), par LE MÊME (*ibidem*).

I. — Engelmann a découvert un bacterium, qu'il a appelé bacterium photometricum pour exprimer la curieuse propriété qu'il possède de choisir entre les diverses intensités et longueurs d'onde du spectre. Récemment, l'auteur en a reçu un très grand nombre d'échantillons. Ces bactéries qui appartiennent au groupe des bactéries sulfureuses de Winogradsky, présentent des granulations colorées par une matière nommée bactériopurpurine. Ces bactéries s'assemblent en amas dans le champ du spectre, dans l'ultra-rouge entre les raies 0,80 et 0,90 millièmes de millimètre — dans le jaune aux environs de 0,59 et dans le vert entre 0,52, et 0,55. — On peut photographier et fixer les amas. Ils représentent justement le spectre de la bactériopurpurine avec ses bandes : c'est un bactério-spectrogramme. Engelmann a poussé l'étude plus loin au moyen du micro-spectro-photomètre. Il a aperçu ce fait remarquable que ces bactéries dégagent de l'oxygène à la lumière. La bactériopurpurine est ainsi un véritable chromophylle, à rapprocher de la chlorophylle,

avec la diatomine, la rhodophylle. L'excrétion d'O à la lumière peut être produite par des matières colorantes autres que la matière verte; elle l'est par toute espèce de longueur d'onde et dans chaque cas, elle est proportionnelle à l'énergie de la lumière absorbée.

II. — On doit à Hoppe-Seyler (1879) l'expérience qui consiste à mettre une plante (l'Elodea canadensis) dans une solution de sang qui devient rouge artériel à la lumière et reste sombre à l'obscurité. C'est là le principe d'une méthode que Engelmann a beaucoup employée. — Il prend, ici, un filament de spirogyra de 1 centimètre de long et de 0,1 $^{m}/_{m}$ de large. Il le plonge dans du sang de bœuf défibriné (et désoxygéné au moyen de l'hydrogène ou de l'acide carbonique) sur la lamelle porte-objet. Autour du filament vert, le sang prend une belle couleur artérielle qui s'étend à quelque distance. Au micro-spectroscope, on voit la bande de Stokes remplacée par la double bande de l'oxyhémoglobine. A l'obscurité, le phénomène se détruit, parce que la cellule verte consomme alors plus d'oxygène que le sang lui-même. On peut même étudier les régions du spectre où l'excrétion d'O est la plus abondante et construire ainsi des hématospectrogrammes. A. D.

Ueber Eiterbildung durch chemische Agentien (Production du pus par les agents chimiques), par ROSENBACH (*XVIIe Cong. des chir. all.; Cent. f. Chirurg.*, *n°* 24, 1888).

Chez les chiens, Rosenbach a pu produire des suppurations sans aucune espèce de micro-organismes en injectant du mercure dans le tissu cellulaire. Toutes les précautions ont été prises, l'introduction du mercure étant faite d'après la méthode de Cohnheim ou d'Ortmann. On s'est en outre assuré par le microscope et les cultures que le pus produit ne contenait pas de micro-organismes. Si Straus, Klemperer et d'autres n'ont pas réussi à déterminer la formation de pus sans microbes, c'est qu'ils opéraient sur des lapins. Les expériences de ce genre échouent sur ces animaux. Depuis que l'on sait que, dans les suppurations ordinaires, l'action des micro-organismes sur les éléments se font par l'intermédiaire de ptomaïnes, il n'y a plus de différence de principe entre la production du pus par des microbes et la production du pus par des agents chimiques. PIERRE DELBET.

Sulla distruzione dei batterii nell' organismo (Sur la destruction des bactéries dans l'organisme), par G. BANTI (*Archivio per le scienze mediche, vol. XII, n°* 9, 1888).

Banti, en injectant dans le poumon par la voie trachéo-bronchique des bactéries non pathogènes (bacille de Prior et Finkler, bacillus subtilis, micrococcus tetragenus) a constaté que ces bactéries ne passent pas dans le sang. A une première période, les bactéries très nombreuses sont presque toutes libres dans l'intervalle des éléments cellulaires ; à une seconde période, les bactéries ont conservé leur forme et leurs dimensions normales, elles sont en partie contenues dans les cellules épithéliales et plus rarement dans les leucocytes ; à une troisième période, en même temps que diminue l'injection vasculaire, les bactéries libres sont très rares, celles qui sont contenues dans les cellules se défor-

ment et semblent se fragmenter, mais continuent à se colorer ; plus tard les bactéries sont encore plus déformées et on trouve dans quelques cellules de petits corpuscules irréguliers qui se colorent vivement et semblent constituer des fragments de bactéries.

Après l'injection bronchique de bactéries pathogènes (pneumocoque de Fraenkel, bacillus anthracis), les lésions sont presque les mêmes qu'avec les bactéries non pathogènes ; mais à toutes les périodes on trouve des bacilles libres, dont la forme est bien conservée, tandis que ceux qui sont contenus dans les cellules sont en général plus petits, à contours irréguliers. Les bactéries pénètrent dans le sang, mais G. Banti n'a pas pu déterminer leur mode de pénétration.

Le bacille de Finkler et Prior, le micrococcus tetragenus, le staphylococcus aureus injectés dans le péritoine pénètrent rapidement dans le sang à travers les lymphatiques ; les leucocytes s'en emparent peu à peu et n'en laissent libres qu'un petit nombre qui sont détruits ultérieurement.

Après leur injection dans le sang, le bacillus subtilis, le bacille de Finkler et Prior, le micrococcus tetragenus, disparaissent rapidement et se déposent dans le foie, dans la rate, dans la moelle des os. Dans le foie, on les trouve accumulés dans les capillaires, en partie libres, en partie contenus dans les leucocytes ou dans des cellules semblables aux cellules endothéliales. Les leucocytes qui les ont engloutis semblent adhérer aux capillaires et ne pas circuler en même temps que les autres éléments du sang, jusqu'à ce que les bactéries aient été détruites.

L'auteur déclare que ses expériences ne résolvent pas définitivement la question de savoir si les phagocytes engloutissent les bactéries vivantes et les tuent ou si les bactéries sont mortes avant d'être absorbées par eux ; mais il incline à adopter la théorie de Metschnikoff.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude expérimentale de la gangrène foudroyante et spécialement de son inoculation préventive, par Ch. CORNEVIN (*Revue de médecine*, *p.* 489, 10 *juin* 1888).

A l'exception du bœuf, tous les animaux subissent l'action du virus de la gangrène foudroyante avec des susceptibilités différentes pour chacun d'eux. Ce virus peut être atteint et même détruit par une série de substances appartenant au groupe des phénols. Ainsi l'acide tannique l'atténue faiblement, la quinine très fortement, l'acide phénique et l'acide salicylique le détruisent, etc. Le virus atténué confère une immunité qui ne dépasse pas 24 jours et qui est fréquemment de 13 à 14 jours. L'addition d'acide lactique au virus atténué lui rend sa virulence tou comme pour le virus du charbon. Le virus de la gangrène foudroyante existe dans la terre, mais beaucoup plus abondamment dans la terre arable que dans le sol des forêts ; on la retrouve également dans l'eau, mais en plus grande quantité dans l'eau des rivières chargée de particules solides enlevées au sol... L'air au contraire n'en contiendrait pas. Enfin, Cornevin pense qu'il y a identité entre le microbe de la gangrène foudroyante et celui du vibrion septique, car les inoculations du virus atténué sont préservatrices pour la gangrène foudroyante et pour la

septicémie d'origine tellurique, ainsi que le montrent les épreuves croisées. C. GIRAUDEAU.

I. — Paralysie expérimentale par les produits solubles des cultures, par CHARRIN (*Compt. rend. Soc. Biologie*, 3 *mars* 1888).

II. — De la paralysie pyocyanique, par BABINSKI et CHARRIN (*C. R. Soc. Biologie*, 10 *mars* 1888).

I. — Charrin montre qu'on peut donner naissance, avec les produits du bacille de la pyocyanine, aux symptômes ou du moins à une partie des symptômes que ce bacille lui-même provoque. Il signale en particulier des phénomènes de paralysie qui n'ont ni la fréquence, ni la facilité d'apparition de beaucoup d'autres phénomènes, tels que l'albuminurie, la diarrhée, l'abattement, etc., et qui sont par conséquent plus démonstratifs. Toutefois, dans ces expériences réalisées avec les matières solubles, l'ensemble de la maladie diffère un peu de ce qu'on observe lorsque la paralysie s'est développée à la suite de l'inoculation microbienne. Il y a là, sans doute, des modifications attribuables à des variations de quantité ou de qualité des substances solubles fabriquées : ce qui se forme dans le corps du lapin, sous l'influence de la vie du microbe, peut très bien ne pas être identique de tout point à ce qui se forme dans le milieu de culture.

II. — Cette paralysie pyocyanique ne se développe guère qu'une quinzaine de jours après l'inoculation du microbe ou l'injection de ses produits. Elle débute par les membres postérieurs : elle est de nature spasmodique. Quand elle se généralise, elle amène habituellement la mort ; mais elle peut aussi rétrocéder tout en laissant des rétractions fibro-tendineuses. L'examen histologique ne révèle aucune lésion des muscles, des nerfs ou des centres nerveux. La paralysie pyocyanique se rapproche ainsi de la paralysie par la strychnine ou par le lathyrisme. PAUL LOYE

I. — Sur la perméabilité du glomérule de Malpighi au bacille du charbon, par G. BOCCARDI (*La Riforma medica*, 7 *et* 8 *juin* 1888).

II. — Sulla esistenza della capsula nel bacillo del carbonchio (Capsule autour du bacille du charbon), par A. SEFARINI (*Il Progresso medico*, *mai* 1888).

III. — Neue Versuche über Einathmung von Milzbrandsporen (Recherches nouvelles sur l'inhalation des spores charbonneuses), par H. BUCHNER (*Münchener med. Wochensch.*, *n°* 52, 1887, *et Centrbl. f. d. med. W.*, *p.* 456, 1888).

I. — Boccardi a fait ses recherches en injectant des cultures du bacille du charbon à des lapins dont un des reins avait subi diverses opérations.

Quand les glomérules sont sains, le bacille charbonneux remplit les anses des glomérules sans jamais arriver sous la capsule. Après la ligature de l'artère rénale pendant 2 heures au moins, un grand nombre de glomérules sont presque entièrement dépouillés de leur revêtement épithélial, et quoiqu'il y ait eu albuminurie, on ne trouve de bacilles ni dans la capsule de Bowman ni dans les tubes urinifères ; partout où il y a une rupture vasculaire, il y a sortie simultanée des globules rouges et des bacilles. Les cylindres qui se forment à la suite de la ligature de

l'artère et de la décapsulation du rein ne renferment de bacilles que dans les cas rares où ils renferment des globules rouges. Si l'on prolonge davantage la ligature de l'artère rénale, les lésions glomérulaires sont plus graves, les ruptures vasculaires et les hémorragies plus faciles, mais on n'arrive jamais à obtenir la sortie simultanée de l'albumine et des bacilles hors des glomérules. L'albuminurie n'est pas en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions épithéliales. Les altérations vasculaires péritubulaires donnent lieu à la sortie des bacilles qui se réunissent autour des tubes, mais ne pénètrent dans leur intérieur que dans les cas où les hémorragies produisent la rupture de la paroi des canalicules. Le tissu connectif qui se forme quand le rein s'atrophie renferme souvent des bacilles; ceux-ci existent en grande quantité dans les couches les plus superficielles du rein après sa décortication. Après la ligature même très peu prolongée de la veine rénale, il se fait aussi des hémorragies dans les glomérules de Malpighi et il est alors très facile de trouver des bacilles dans les capsules de Bowman et dans les tubes urinifères. GEORGES THIBIERGE.

II. — En employant la méthode de coloration que Friedländer a proposée pour le pneumocoque, on constate autour du bacille du charbon examiné dans le sang l'existence d'une capsule qui n'avait pas encore été décrite. En colorant par la méthode de Gram, la capsule ne se colore pas et le bacille paraît plus mince que quand on emploie la méthode de Koch qui colore à la fois et également le bacille et sa capsule; si après avoir employé la méthode de Koch on décolore par l'acide acétique ou le carbonate de potasse, et qu'on traite par l'alcool, la capsule devient apparente.

Comme cela arrive souvent pour le pneumocoque de Friedländer, on ne peut voir la capsule ni sur les bacilles du charbon pris dans des cultures artificielles, ni sur ceux qui sont contenus dans les tissus : la difficulté qu'on éprouve à la voir sur les coupes des tissus tient probablement à la complexité du mode de coloration. GEORGES THIBIERGE.

III. — Des spores charbonneuses mélangées à de la poudre de charbon de bois ou de lycopode ont été projetées dans des caisses où se trouvaient des animaux; 36 souris ont succombé au charbon sur 43, 13 cobayes sur 18. L'infection ne s'était pas faite par le tube digestif ainsi que l'ont démontré des recherches comparatives. De ses études histologiques, l'auteur conclut que les spores du charbon peuvent pénétrer dans le parenchyme pulmonaire et dans les voies lymphatiques en l'absence de toute lésion broncho-pulmonaire. A. MATHIEU.

Sull' etiologia dell' endarterite cronica, par B. PERNICE (*La Riforma medica*, 16 *et* 18 *juin* 1888).

Dans 24 cas d'athéromasie, en examinant les lésions depuis le début jusqu'à la période de formation d'un abcès athéromateux, Pernice a toujours trouvé, après coloration par la méthode de Friedländer, des microorganismes, le plus souvent des cocci, ordinairement sous forme de diplocoques, plus rarement sous forme de streptocoques; deux fois seulement des bacilles, qui d'ailleurs coexistaient avec des cocci; le plus grand nombre de ces cocci occupaient l'adventice, dans les petits vaisseaux hyperémiés dont ils remplissaient souvent presque toute la lumière

et auprès de leurs parois; ils étaient moins nombreux dans la tunique moyenne et surtout dans la tunique interne; ils formaient des amas intercellulaires ou étaient disséminés entre les éléments cellulaires ou dans l'intérieur de ceux-ci. Dans les foyers athéromateux il a constaté, au moyen de la méthode des cultures, des microcoques dont les cultures inoculées à des lapins, des cobayes, des chiens produisaient des abcès. GEORGES THIBIERGE.

Sur un microbe trouvé dans un cas d'endocardite infectieuse, par GILBERT et LION (*C. R. Soc. Biologie*, 7 *avril* 1888).

Les auteurs ont étudié ce micro-organisme dans le laboratoire de Duclaux; ils décrivent ses différentes formes et l'aspect de ses diverses cultures. Les inoculations de ce bacille dans la veine de l'oreille du lapin provoquent chez cet animal les lésions de l'endocardite infectieuse sans traumatisme valvulaire préalable. P. L.

I. — Ueber bakteriologische Untersuchungen bei einigen Fällen von Puerperalfieber (Recherches bactériologiques dans quelques cas de fièvre puerpérale), par L. BRIEGER (*Charité-Annalen*, *p.* 198, 1888).

II. — Note sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale, par Fernand WIDAL (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 *mai* 1888).

III. — La fièvre puerpérale et l'érysipèle, par E. DOYEN (*Bull. de l'Académie de médec.*, 29 *mai* 1888).

I. — L. Brieger a fait des examens bactériologiques dans 7 cas de fièvre puerpérale. Il a rencontré le staphylococcus aureus ou le staphylococcus albus dans des exsudats des méninges et dans de petits foyers purulents du bassin. Le staphylococcus albus a été rencontré seul dans du pus de la plèvre ou de la cavité abdominale. Dans un cas, il y avait dans le pus pleural, recueilli immédiatement après la mort, des bâtonnets analogues au bacille d'Eberth, en même temps que le streptococcus pyogenes.

Dans un cas, l'articulation du genou ponctionnée pendant la vie ne renfermait que le streptococcus pyogenes.

Dans tous les cas, du sang fut pris immédiatement après la mort dans la veine dorsale du pied; dans un d'eux, on prit du sang par aspiration dans le ventricule droit du cœur. On ne put constater de microbe dans les bouillons ensemencés avec ce sang. Les animaux auxquels il fut injecté sous la peau restèrent indemnes. L. Brieger en conclut que les accidents graves de la septicémie puerpérale sont dus à des substances toxiques. A. MATHIEU.

II. — Widal a recherché si le streptococcus de la pyohémie peut, dans certaines conditions, déterminer les autres formes de la fièvre puerpérale, où la suppuration fait défaut. Trois sujets lui ont permis de faire des cultures, et il en tire les conclusions suivantes:

Entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle, il n'existe, jusqu'à présent, aucun caractère distinctif.

Le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale, et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points intéressants de son histoire. OZENNE.

III. — D'une étude expérimentale et clinique comparative des trois organismes de l'érysipèle de la fièvre puerpérale et du streptococcus pyogenes, Doyen conclut : que le streptococcus pyogenes évolue souvent avec une lymphangite et une rougeur érysipélateuse des plus évidentes; que le streptocoque puerpéral peut occasionner soit la péritonite puerpérale, soit diverses formes d'infection plus bénignes, phlegmon, pleurésie purulente, etc., et même de véritables érysipèles bien caractérisés ; que le streptococcus erysipelatis est l'origine de l'érysipèle franc, mais qu'il peut être le point de départ du phlegmon et de la péritonite purulente.

D'après les résultats de l'expérimentation, ces trois organismes causent toujours un petit abcès et presque toujours l'érysipèle du lapin, toutefois avec une virulence nouvelle, en rapport avec leur provenance.

OZENNE.

Note sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire, par ALBARRAN et HALLÉ (*Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 34, 21 *août* 1888).

D'un certain nombre de recherches anatomo-pathologiques et d'expériences, Albarran et Hallé déduisent les conclusions suivantes :

La bactérie, qui fait l'objet de cette étude, est un organisme pyogène infectieux. Habituellement et souvent seule présente dans les urines purulentes, elle suffit à produire les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine et les abcès urineux.

Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal, soit qu'apportée par le sang elle se localise secondairement dans la substance corticale.

Pénétrant dans le sang, elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels. OZENNE.

Contribution expérimentale à l'étude de la nature infectieuse de la pneumonie fibrineuse, par J. LIPARI (*Il Morgagni, août-septembre-octobre* 1888).

L'auteur a reproduit la pneumonie chez les animaux par l'inoculation intra-trachéale de l'expectoration pneumonique ou de cultures d'un microbe ayant tous les caractères du pneumocoque de Fränkel. Il a toujours retrouvé le même microbe en grande abondance, dans les exsudats hémorragiques et séro-fibrineux de la plèvre, dans le parenchyme pulmonaire hépatisé, en moindre abondance dans le sang et dans la rate, d'une façon inconstante dans le foie, dans les reins, dans les liquides péricardique et péritonéal : il était dans ces viscères et dans ces liquides en quantité peu considérable sauf dans quelques cas de péricardites, de péritonites, d'abcès hépatiques dans lesquels les pneumocoques étaient aussi abondants que dans les exsudats pleuraux. Les inoculations de crachats ou de cultures pures dans les veines, dans le péritoine ou sous la peau ne déterminent jamais la pneumonie : celle-ci ne se produit que quand l'infection a lieu par la voie pulmonaire ; maladie d'abord locale, elle ne se généralise que secondairement. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die bakterioskopische Untersuchung eitriger pleuritischer Ergüsse... u. s. w. (Étude bactériologique des exsudats purulents de la plèvre, et sa valeur diagnostique), par A. FRAENKEL (*Charité-Annalen, XIII Jahrgang., p.* 147).

Beaucoup de pleurésies séro-fibrineuses sont d'origine tuberculeuse; cependant il ne faut pas rejeter complètement l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse non tuberculeuse. Le plus souvent on rencontre des micro-organismes dans le liquide de ces épanchements, même lorsqu'ils sont d'origine tuberculeuse.

Lorsque, dans un exsudat pleural non tuberculeux, on trouve des streptococci, il est probable que cet exsudat deviendra prochainement purulent; ou bien encore, il existe déjà un empyème dans lequel les globules blancs ont gagné les parties déclives.

Il existe certainement un empyème primitif.

Le plus souvent, dans l'empyème, on rencontre des micro-organismes de divers ordres. L'existence de streptococci ou de staphylococci n'a pas de signification précise. Par contre, la présence de microcoques pneumoniques montre que la pleurésie est consécutive à une pneumonie.

Lorsque, dans un exsudat purulent, on ne trouve pas de micro-organismes, bien qu'on ait examiné un grand nombre de préparations, il est probablement d'origine tuberculeuse. Les bacilles tuberculeux y sont en tout cas extrêmement rares. A. MATHIEU.

La pneumonie infectieuse des chevaux, par CHANTEMESSE et DELAMOTTE (*Bull. Soc. Anatomique, p.* 694, 1888).

Sur 2 chevaux vivants atteints de pneumonie, Chantemesse et Delamotte ont ponctionné le poumon avec un trocart stérilisé et ont extrait à l'état de culture pure du liquide pleural et du suc pulmonaire un microbe qui a des propriétés pathogènes et des caractères non encore décrits.

Cet organisme se voit en grande abondance et à l'état de pureté dans les coupes des poumons des chevaux atteints de pneumonie. Il se colore très bien par la méthode de Weigert. Il appartient à la classe des streptocoques, mais il se distingue de tous ceux qu'on connaît par sa virulence extrême, par la dissolution du sang qu'il produit chez les animaux qu'il envahit. Une goutte de culture inoculée sous la peau de l'oreille d'un lapin amène la mort en 36 heures sans aucune trace de suppuration. Quelques moments après la mort, le sang s'échappe de la bouche et du nez des animaux, et à l'autopsie on trouve dans les plèvres, le péricarde, le péritoine, etc., une abondante exsudation formée par du sérum qui a dissous l'hémoglobine.

Une demi-goutte de culture dans la trachée d'un lapin le fait périr en 24 heures avec une bronchopneumonie généralisée.

Ce microbe se cultive difficilement dans les milieux solides. Il donne des cultures très pauvres sur la gélose, le sérum, et sur la gélatine, qu'il ne liquéfie pas. La gélose glycérinée est un terrain peu favorable; le bouillon est le meilleur milieu de culture artificielle. Ce microbe est aérobie et facultativement anaérobie et ferment. A. BROCA.

I. — Vorkommen von Typhusbacillen in der Zungenschleimhaut (Bacilles de la fièvre typhoïde dans la muqueuse linguale), par FRAENKEL (*Soc. méd. de Hambourg*, 10 *janvier* 1888).

II. — Ueber die Züchtung von Typhus-bacillen in gefärbten Nährlösungen (Culture des bacilles typhiques dans des milieux colorés), par BIRCH-HIRSCHFELD (*Arch. f. Hygiene, p.* 341, 1888, *et Centrbl. f. d. med. W., p.* 439, 1888).

III. — Contribution à l'étude du typhus exanthématique, par MOREAU et COCHEZ (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 22 *juin* 1888).

I. — L'analogie de structure entre les glandes de la base de la langue et les follicules clos de l'intestin devait faire penser que le gonflement de ces organes, observé dans la dothiénentérie était lié à la présence des bacilles.

Les bacilles existent dans la couche sous-muqueuse de la langue d'un sujet autopsié par l'auteur, sans autre lésion de la muqueuse. On constate un amas bacillaire, analogue à ceux qu'on trouve dans la rate; il se présente au premier abord sous l'aspect d'une tache brunâtre et l'objectif à immersion permet d'y reconnaître les éléments colorés au bleu de méthyle.

Chez trois autres sujets, l'auteur a recherché vainement les amas bacillaires sous-muqueux de la langue. L. GALLIARD.

II. — Les substances colorantes peuvent être ajoutées en quantité variable à des milieux de culture sans tuer les micro-organismes qu'ils renferment. Ainsi les bacilles du charbon peuvent être cultivés dans de la gélatine colorée par la fuchsine ou le bleu de méthylène sans perdre leurs propriétés pathogènes. Le rouge de phloxine, très voisin de l'éosine, a l'avantage de se conserver pendant des semaines sans subir de modifications.

Birch-Hirschfeld a observé des bacilles typhiques dans du bouillon de culture coloré sur une lame porte-objet creusée d'une cellule. Les longs filaments et les bâtonnets doubles se produisent par scission médiane et par bourgeonnement.

Il a vu des spores se produire au bout de deux jours à 30°-40°; ces spores peuvent même se produire à 15°. A 12°, il n'y en a plus.

Les spores sont plus brillantes que le protoplasma avoisinant; elles sont terminales, ovalaires. Elles peuvent se séparer des bâtonnets bacillaires. A l'aide de la purpurine benzoïque, Birch-Hirschfeld a pu colorer isolément les spores.

Tout développement des spores s'arrête lorsqu'on chauffe à 60° pendant une heure. Les spores sont un peu plus résistantes que les bacilles. Desséchées, les spores ont conservé pendant des mois leur faculté de reproduction. J. MATHIEU.

III. — Moreau et Cochez ont trouvé dans des bouillons de culture ensemencés avec de la substance cérébrale et des parcelles d'organes provenant de sujets morts du typhus, un bacille ressemblant beaucoup à celui de la fièvre typhoïde. Sur un bouillon liquide, la culture de ce bacille s'accuse par un trouble blanchâtre uniforme, restant à la surface. Sur la gélatine peptone, elle donne une fausse membrane plus épaisse

d'un blanc sale. Les microbes ont invariablement la forme bacillaire.

RICHARDIÈRE.

I. — Neuere Untersuchungen über Laveran's Organismus der Malaria, par COUNCILMAN (*Fortschritte der Medicin, n.* 12 *et* 13, 1888).

II. — The micro-organisms of malaria, par JAMES (*New York Med. Record, p.* 263, *mars* 1888).

I. — Les recherches de Councilman ont été faites à Baltimore sur de très nombreux sujets atteints de malaria et présentant une assez grande variété de types cliniques. Les résultats auxquels l'auteur est arrivé sont en tous points confirmatifs des recherches de Laveran.

Sur 150 cas, Councilman n'a jamais vu le micro-organisme de Laveran, ou du moins, une de ses variétés, faire défaut et il considère ce parasite comme si caractéristique qu'il n'hésite pas à lui donner, au point de vue du diagnostic clinique, autant d'importance que peut en avoir, pour les affections tuberculeuses, le bacille de Koch.

Morphologiquement, le micro-organisme de Laveran se présente sous dix formes variées, et il est manifeste que la plupart d'entre elles ne représentent que les phases diverses de son évolution.

La variété la plus rare, ou du moins la plus difficile à constater, c'est le micro-organisme à forme amiboïde, dépourvu de pigment, que l'on trouve dans les globules rouges du sang; il se rencontre plus fréquemment dans la fièvre intermittente à type quotidien que dans la fièvre tierce ; il est probable que, sous l'influence de ce micro-organisme, les globules sont assez rapidement détruits, et d'autre part que cette destruction se fait surtout dans la rate ou dans la moelle des os ; le sang splénique, en effet, contient une beaucoup plus grande quantité de micro-organismes, que celui de n'importe quel autre organe.

De même que Laveran, Councilman a constaté également que les corps en demi-lune appartenaient surtout aux types de cachexie paludéenne ; enfin, fait important, l'auteur a constaté aussi la présence de ces corps avec prolongements filiformes, décrits jadis par Laveran et Richard et dont la valeur réelle avait été, à plusieurs reprises, contestée ; quelquefois aussi, ces filaments étaient isolés et présentaient des mouvements assez actifs. Dans tous les cas, c'est surtout dans la rate, ou du moins dans le sang retiré de la rate qu'ils se montraient en assez grande quantité.

Telles sont les recherches de Councilman, confirmatives, on le voit, de celles de Laveran; quels sont maintenant les rapports exacts qui existent entre les formes diverses de ce micro-organisme particulier ? Il est certain que la plupart d'entre elles ne représentent que les diverses étapes de la transformation d'un même micro-organisme; mais il n'en est pas de même, semble-t-il, pour la variété munie de prolongements flagelliformes ; sa place n'est pas encore bien déterminée.

Les cultures, essayées par Councilman, n'ont pas jusqu'à présent donné de résultats; il ne faut pas toutefois s'en étonner, car la plasmodie de l'impaludisme se différencie à bien des égards de la plupart des agents pathogènes connus; il s'agit déjà d'un micro-organisme d'un ordre plus élevé.

W. ŒTTINGER.

II, — Dans ses conclusions l'auteur confirme le travail de Laveran.

1° On trouve, dans le sang des paludéens, des corpuscules que l'on peut grouper sous le nom générique d'hématozoaires du sang.

2° Les corps en croissant n'existent que dans la forme chronique.

3° Les formes segmentées ne se trouvent qu'immédiatement avant et pendant l'accès.

4° Les larges doses de sulfate de quinine font tout disparaître, même les corps en croissant.

5° On peut inoculer la fièvre intermittente par l'injection intra-veineuse du sang des paludéens.

6° Ces corpuscules n'existent que dans le sang des paludéens.

P. DUFLOCQ.

Sulla virulenza dello sputo tubercolare, par P. de TOMA (*Ann. univ. di med.*, *mars* 1888).

1° Le crachat tuberculeux, préservé du contact de l'air et de l'humidité et maintenu à 10°, peut conserver sa virulence jusqu'au dixième et au quinzième jour ; au-delà, le crachat n'est plus virulent.

2° La virulence du crachat tuberculeux maintenu en plein air se conserve de 2 à 14 jours, suivant la température, la pureté de l'air et celle du crachat.

3° Lorsque la putréfaction du crachat tuberculeux a continué de 3 à 9 jours, les bacilles meurent et le crachat n'est plus virulent. (Voy. recherches de Cadéac et Malet. *R. S. M.*, XXXIII). A. C.

Ueber die Diagnose der chirurgischen Tuberculose durch die Meerschweinchenimpfung (Du diagnostic de la tuberculose chirurgicale par les inoculations de cobayes), par TAVEL (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 314, 15 *mai* 1888).

Se basant sur les expériences d'Arloing (*R.S.M.*, XXVI, 47 et XXIX, 35), de Straus et autres, qui ont montré l'aptitude spéciale des cobayes à contracter la tuberculose par inoculation, Tavel a fait de cette méthode expérimentale un procédé systématique de diagnostic différentiel entre la tuberculose et les affections qui peuvent la simuler : ses recherches portent déjà sur 120 cas de diagnostic douteux.

Il conclut :

1° Toutes les fois que l'affection est de nature tuberculeuse, l'inoculation aux animaux produit de la tuberculose ;

2° La méthode des inoculations prend beaucoup moins de temps et donne des résultats beaucoup plus sûrs que l'examen anatomo-pathologique ;

3° Elle peut donner des résultats certains même dans les cas où un examen anatomique est impossible : pus, esquilles, sang, liquides séreux, etc. J. B.

Zur Aetiologie des Morbus Brightii acutus, par WANNABERG (*Wien. med. Blätter*, *n°* 32, 1888).

Dans le plus grand nombre des cas de maladie de Bright aiguë, l'auteur a trouvé dans l'urine fraîche un streptococcus spécial ; ce microbe

y est très abondant et ne paraît pas exister dans l'urine d'individus sains ou atteint d'autres maladies ; cultivé, il se distingue de tous les streptococcus décrits jusqu'à présent par des caractères spéciaux ; injecté dans les vaisseaux de lapins et de chiens, il détermine du troisième au quatrième jour une lésion inflammatoire des reins, tandis que d'autres organes sont exceptionnellement touchés. BARBE.

I. — Aetiologie und klinische Bacteriologie des Keuchhustens (Etiologie de la coqueluche), par AFANASSIEFF (*Wratsch, n°* 33, 34, 35, 37, 38, 1888).

II. — Recent views regarding the pathology and treatment of pertussis, par Edmund C. WENDT (*Med. News,* 2 *juin* 1888).

I. — Afanassieff, ayant eu l'occasion d'observer dans sa propre famille une petite épidémie de coqueluche, a fait, à ce propos, une série de recherches fort intéressantes. Dans le liquide expectoré à la suite des accès quinteux, il a constaté la présence d'une bactérie d'une longueur de 0,6 à 2,2 μ. Dans les cas qu'il a pu étudier, chaque fois la constatation de ce même micro-organisme a été faite.

Il se développe sur la gélatine, sous forme de petites colonies non liquéfiantes, d'une coloration jaune brunâtre, de forme arrondie ou ovale; sur l'agar, les colonies prennent une coloration gris blanchâtre ; sur la pomme de terre, le développement de ce micro-organisme est bien rapide. Formant d'abord une couche épaisse de couleur jaunâtre, qui prend, au bout de peu de temps, une apparence brune, les colonies ne tardent pas à envahir toute l'étendue de la tranche de pomme de terre sur laquelle elles sont cultivées.

L'inoculation de ces cultures dans la trachée sur les poumons de jeunes chiens ou de jeunes chats détermine des symptômes de bronchite ou de bronchopneumonie, en même temps que l'apparition d'accès de toux coqueluchoïde. Afanassieff appelle ce micro-organisme : *bacillus tussi convulsivæ.* W. ŒTTINGER.

II. — Revue critique sur les recherches bactériologiques dans la coqueluche. Wendt confirme les travaux d'Afanassieff. Il a toujours rencontré le bacille décrit par cet auteur, mais presque jamais au début, quand le diagnostic n'est pas fixé par le caractère des quintes. Le petit crachat muqueux, rejeté à la fin des quintes, contient le bacille à l'état de culture, pour ainsi dire, pure.

Au point de vue du traitement, Wendt ne reconnaît aucun spécifique et n'accorde qu'une médiocre confiance aux diverses médications. Il conseille l'hygiène, l'alimentation, le chloral et les bromures, l'antipynine. A. C.

I. — La divulsione digitale del piloro : ricerche anatomiche et sperimentale, par A. POGGI (*R. Accad. delle scienze dell'Instituto di Bologna, série IV, tome VIII,* 1887).

II. — Alcune ricerche sperimentali sulla chirurgia dello stomaco , par A. CECCHERELLI (*Medicina contemporanea, janvier* 1888).

I. — C'est pour étudier l'action de la divulsion sur le pylore sain, que l'auteur a institué une série d'expériences sur le chien. Ces animaux ont

été sacrifiés de 1 jour à 8 mois après l'opération, et voici les résultats obtenus :

Le trauma de la divulsion ne détermine pas de solution notable dans les tissus ; seulement une hémorragie punctiforme dans les tissus connectifs sous-muqueux et inter-musculaires. Le sang extravasé se résorbe rapidement.

La réaction inflammatoire, qui suit, est très légère : il n'y a point d'exsudats assez abondants pour produire de la tuméfaction. Le sphincter du pylore reste inerte, incapable de se contracter seul durant quelques jours : la contractilité revient graduellement avec la fonction physiologique, en sorte que l'orifice tend à reprendre ses dimensions normales.

La divulsion ne laisse aucune conséquence éloignée fâcheuse : il ne se forme point de tissu fibreux rétractile, et l'organe revient à l'état normal. Enfin la fibre musculaire lisse subit une lésion immédiate (du fait de la distension) par laquelle elle s'altère dans sa forme ses contours, sa constitution anatomique. Mais beaucoup de fibres restent intactes et par prolifération reproduisent presque complètement le muscle.

A cette étude expérimentale fait suite l'histoire clinique, avec recherches anatomo-pathologiques, d'un malade ayant subi la divulsion pylorique pour sténose par bride fibreuse, mort le dixième jour par accident indépendant de l'opération. MAUBRAC.

II. — Ceccherelli a fait chez des lapins des expériences de pylorotomie, afin de déterminer la gravité de cette opération. Chez trois d'entre eux il fit après incision de la paroi abdominale, deux incisions du pylore avec l'urétrotome à olive de Civiale : chez le premier, sacrifié au bout de 8 jours pour une autre expérience, la cicatrice était en grande partie formée : le deuxième mourut de froid au bout de deux jours ; chez le troisième mort au bout de 2 mois à la suite d'autres expériences, le calibre du pylore était assez augmenté. Sur deux autres lapins, il fit, après formation d'une fistule gastrique, deux cautérisations profondes du pylore avec le thermocautère ; les animaux furent tués quelques semaines après pour d'autres expériences : la cicatrisation s'était produite et le pylore était certainement plus large qu'à l'état normal. Ces expériences prouvent qu'on peut inciser un rétrécissement du pylore, lorsqu'il n'est pas dilatable.

Chez trois lapins auxquels C. avait produit artificiellement quelques jours auparavant un rétrécissement du cardia, deux incisions furent faites avec un cystotome : la cicatrice était complète chez les trois au bout de 2 mois, quoique l'un d'eux ait eu, au moment de l'opération, une hémorragie pour laquelle il fallut recourir au thermocautère.

Chez trois lapins, il a tenté la gastrectomie. Les animaux sont morts pendant ou très peu après l'opération. GEORGES THIBIERGE.

La reconstitution de la vessie, par G. TIZZONI et A. POGGI (*La Riforma medica*, 26 *septembre*, 1888).

Chez une chienne, les auteurs ont commencé par isoler une anse d'intestin grêle d'environ 7 centimètres, l'ont lavée avec l'eau phéniquée, puis fermée à ses deux extrémités au moyen d'un fil, une des extrémités de l'anse a été fixée en avant du col vésical, puis les deux

segments intestinaux situés au-dessus et au-dessous de cette anse ont été réunis par une suture circulaire. Un mois plus tard, les adhérences de l'anse intestinale isolée ayant été préalablement détruites, les uretères ont été isolés sur une longueur de quelques centimètres, puis tout le corps de la vessie a été enlevé, l'anse intestinale isolée a été incisée transversalement au voisinage de son extrémité inférieure, les uretères ont été greffés sur ses parties latérales de l'anse mise à la place du corps de la vessie; cette deuxième opération avait duré une heure. Pas d'accidents généraux. Pendant la semaine qui suivit l'opération, il y eut une incontinence d'urine à peu près complète, mais cette incontinence devint ensuite de moins en moins marquée et au bout de 15 jours la chienne rendait de 15 en 15 minutes environ 6 centimètres cubes d'urine; au bout de 2 mois, elle pouvait conserver ses urines pendant une heure et en rendait 10 à 14 centimètres cubes à la fois.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Exstirpation der Schilddrüse (Sur l'extirpation du corps thyroïde), par A. CARLE (*Centralblatt für Physiologie, p.* 213, 1888).

L'extirpation du corps thyroïde chez le chien amène généralement la mort au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Les symptômes sont les mêmes que ceux que Schiff et d'autres expérimentateurs ont déjà décrits. La survie est l'exception après l'extirpation totale. La transplantation préalable d'une partie de la glande dans la cavité abdominale n'empêche par les suites funestes de l'extirpation ultérieure de la glande. La mort survint également chez des chiens présentant des glandes thyroïdes accessoires que l'on n'avait pas extirpées.

L'extirpation partielle du corps thyroïde n'est nullement mortelle : il en est de même de l'ablation de la capsule de l'organe et de la section de ses nerfs.

LÉON FREDERICQ.

La mielite acuta sperimentale ottenuta con l'inverniciamento (La myélite aiguë expérimentale obtenue par le vernissage), par Pietro BONUZZI (*Riforma Medica*, 29 *et* 30 *novembre* 1887).

Bonuzzi a enduit de vernis à la résine Damar le dos et la plus grande partie du ventre de jeunes chats et de lapins dont les membres restaient libres, le poil avait été rasé auparavant. Le vernissage était répété deux ou trois fois jusqu'à ce qu'on eût produit la mort de l'animal, résultat qui arrivait généralement en quatre ou cinq jours; les animaux souffraient beaucoup, se plaignaient, étaient agités, mouraient avec une paralysie rapidement généralisée,

A l'autopsie, on constatait une diminution de la consistance de la moelle. Microscopiquement on trouva de la congestion de la moelle, et par places des hémorragies capillaires, une accumulation de globules blancs dans les espaces lymphatiques périvasculaires, surtout dans la substance grise. Les cellules nerveuses étaient tuméfiées, leur aspect globuleux, leurs prolongements en partie disparus, leur noyau placé tout à fait latéralement ou absent, leur protoplasma granuleux. Les fibres nerveuses étaient très augmentées de volume par suite de la dilatation du cylindre-axe, la gaine de myéline était au contraire diminuée dans ses

dimensions et comme refoulée. La névroglie semblait avoir des tractus augmentés de volumes, infiltrés de cellules jaunes. Le canal central était plus ou moins rempli de cellules rondes et d'exsudats. — Les reins présentaient aussi quelques altérations. L'auteur ne pense pas que les lésions médullaires soient consécutives à celles des reins ; d'après lui elles se produiraient par une action réflexe provenant soit d'une excitation périphérique aussi intense que celle produite par le vernissage, soit au contraire par la suppression des excitations physiologiques normales s'exerçant à la surface du corps et qui servent à activer la nutrition du système nerveux central. Bonuzzi insiste à ce propos sur le rôle des vasodilatateurs dont l'action troublée par le vernissage cutané amènerait la congestion et l'inflammation de la moelle. PIERRE MARIE.

Ueber Heilung der aseptischen Herzwunden (Sur la guérison des plaies aseptiques du cœur), par Aug. BOHOME (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n°* 33, 1888).

A. Bohome a étudié histologiquement le processus de réparation des plaies aseptiques du cœur chez le chien. Il a sacrifié les animaux de 1 à 30 jours après la blessure. Il se fait tout d'abord un épanchement sanguin au niveau de la plaie ; cet épanchement se résorbe plus ou moins lentement. Quand il se résorbe lentement, il se forme au pourtour de véritables cellules géantes.

Les phénomènes de karyomitose se produisent sur les noyaux des fibres musculaires et ceux du tissu conjonctif. La prolifération de ces derniers aboutit à la production d'un véritable tissu de cicatrice. Les fibres musculaires ne participent pas à cette réparation. Les plus voisines subissent une mortification totale. A. M.

La mort par la décapitation, par Paul LOYE (1 *vol.* 300 *pages*, *Paris*, 1888).

L'étude de la décapitation peut être intéressante à plusieurs points de vue. Tout d'abord, au point de vue philanthropique, elle éveille la curiosité de savoir si, après la séparation brusque de la tête et du corps, l'homme décapité conserve encore quelques traces de sensibilité et de conscience. Mais c'est là pour le biologiste une question d'ordre assez secondaire. Au point de vue physiologique, au contraire, cette étude acquiert une véritable importance : elle fournit, en effet, des renseignements précieux sur les phénomènes qui se déroulent au moment de la mort, et de la mort violente en particulier ; de plus, elle constitue un procédé d'analyse assez puissant en ce qui concerne les troubles du système nerveux et de l'appareil respiratoire. Si l'on veut bien y réfléchir, en laissant de côté toute vaine sentimentalité, on verra que l'exécution d'un criminel fournit au physiologiste une occasion unique pour examiner ce qui se passe dans l'homme au moment de la mort violente. Voici un individu bien portant, en pleine santé : à l'instant fixé par la justice, il va, sous les yeux de l'observateur attentif, passer subitement de vie à trépas. L'étude de cette mort brutale se rattache ainsi aux questions les plus élevées de la biologie.

C'est en ce sens que le livre de Paul Loye est conçu. Ce livre comprend trois parties. La première, consacrée à l'historique, rappelle toutes les discussions auxquelles a donné lieu la mort par la décapitation,

depuis les légendes de l'époque révolutionnaire jusqu'aux expériences de Brown-Séquard, de Hayem et Barrier, de Laborde, de Regnard et Loye, etc. Dans la seconde partie, l'auteur analyse les modifications survenues, chez le chien, dans chaque appareil, à la suite de la section brusque du cou : il examine successivement la tête et le corps des animaux décapités et il conclut que les mouvements manifestés par le chien après la décollation sont dus à l'asphyxie et à l'anoxyhémie. A la suite de ces recherches expérimentales, il étudie, dans une troisième partie, l'homme décapité : il passe en revue les légendes anciennes et les observations récentes; il conclut, après examen de la tête et du corps des suppliciés, à la mort par inhibition de l'homme décapité, les deux parties séparées restant absolument immobiles alors que chez le chien elles sont agitées de mouvements. Après quelques considérations sur l'état des fonctions psychiques à la suite de la section du cou, Paul Loye insiste sur les applications médico-légales de ses études : il considère successivement la décapitation comme supplice légal, la décapitation suicide et la décapitation homicide; il montre que le mécanisme de la mort est différent suivant que la section du cou a été complète ou incomplète. Enfin, après avoir opposé le procédé de supplice par décapitation à la pendaison et à la fulguration, il fait voir comment ces recherches l'ont conduit à modifier les notions qu'on possède depuis Flourens sur le nœud vital chez l'homme. Chez ce dernier, le nœud vital aurait des dimensions beaucoup plus étendues que chez le chien. A. C.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Mittheilungen ueber das Gift und die Entgiftung der Kornrade (Agrostemna githago) (Sur le poison du lychnis githago (agrostemna githago), par LEHMANN (*Wien. klin. Woch.*, *n°* 1, *p.* 10, 1888).

Il résulte des recherches de Lehmann que la graine de lychnis est toxique pour les oiseaux, les chiens, les chats, les bœufs et les porcs, mais qu'elle ne l'est pas pour les rongeurs. Lehmann fit quelques expériences sur l'homme (sur lui-même en particulier). Du pain contenant 20 0/0 de farine de lychnis provoque, même à petites doses, des éruptions dans le pharynx et de la dyspepsie et à doses plus fortes des éruptions plus intenses, des phénomènes bronchitiques et une dyspepsie de longue durée.

Les essais tentés pour rendre non nuisible la saponine contenue dans les semences de lychnis ont parfaitement réussi ; le procédé consiste à torréfier, dans des chaudières en fer, la farine finement pulvérisée.

Cette méthode permettra d'utiliser, sans aucun doute, pour la nourriture des animaux, les quantités considérables de graines de lychnis produites par la culture. L. HASSLER.

Sugli effetti locali della elleboreina, par V. VENTURINI et G. ELVIDIO (*Gazzetta degli Ospitali, n°* 25, 1888).

L'helléboréine, même en solution très diluée, produit une anesthésie complète de la cornée, sans la moindre irritation de la conjonctive oculaire et de la cornée, anesthésie plus durable que celle de la cocaïne; cette anesthésie ne s'accompagne pas de relâchement des paupières, ni de modifications pupillaires, ni de variation de la pression intra-oculaire. En raison de l'action toxique de l'helléboréine sur le cœur, on ne doit l'employer qu'avec une extrême circonspection en injections, quoique celles-ci produisent une anesthésie locale. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'histoire médicale du laurier-rose, par François POULOUX (*Thèse de Paris, n°* 169, 1888).

D'après les quelques observations qu'il cite, l'extrait hydro-alcoolique de laurier-rose serait utile dans les cas d'asystolie; il aurait sur le muscle cardiaque une influence tonique, lui rendrait la puissance et la régularité de ses contractions. Le laurier-rose ne paraît pas s'accumuler dans l'économie : à la dose de $0^{m},20$ d'extrait, il produit la diurèse et ne provoque aucun phénomène toxique. Son action semble se rapprocher beaucoup de celle du strophantus. H. CHOUPPE.

Ueber das Photoxylin, par O. ROSENTHAL (*Therap. Monatsh., n°* 4, *et Centralbl. f. d. med. W., n°* 37, 1888).

La photoxyline est une substance qui se dissout comme le coton dans l'éther et l'alcool de façon à donner une sorte de collodion. La dissolution se fait dans un mélange d'alcool et d'éther à parties égales. La solution de photoxyline doit être à 5 0/0. On peut y ajouter 2 à 4 0/0 d'huile de ricin, comme dans la préparation du collodion élastique. La photoxyline élastique donne une coulée égale, solide, non rétractile à laquelle on peut très bien incorporer des substances médicamenteuses (10 0/0 d'iodoforme par exemple). A. M.

Étude expérimentale d'un nouveau produit tiré de l'opium, la méco-narcéine, par LABORDE (*Bull. de l'Ac. de méd., XIX, n°* 19).

Ce produit, dont les propriétés physiologiques sont analogues à celles de la narcéine, exerce une action puissante sur l'état d'insomnie, soit simplement protopathique ou nerveuse, soit symptomatique d'affections diverses. Il est indiqué dans les affections bronchiques ou broncho-pulmonaires, dont la toux et l'hypersécrétion muqueuse constituent les symptômes fondamentaux (bronchite catarrhale aiguë, coqueluche). La méco-narcéine rend également les plus grands services dans certaines névralgies, soit en applications locales, soit en injections hypodermiques. Elle doit également être essayée dans tous les cas de morphinisme ou de morphinomanie, comme substitutif de la morphine dont il s'agit de déshabituer le malade. A. C.

Die sensible und motorische Peripherie in ihrem Verhalten gegen die Körper der Physostigmingruppe einerseits und der Atropin-Cocaïngruppe andererseits (Action des alcaloïdes du groupe de la physostigmine et de celui de l'atropine-cocaïne sur les organes périphériques moteurs et sensibles), par H. ALMS (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth. p.* 416, 1888).

On considère généralement le groupe de l'atropine et de la cocaïne comme ayant une action physiologique opposée à celle des substances du groupe de la pilocarpine et de la physostigmine; c'est une erreur. Toutes ces substances doivent, pour Alms, être réunies, à cause de leurs propriétés physiologiques et chimiques communes. Toutes paralysent les mêmes appareils nerveux : chez toutes, la paralysie est précédée d'un stade d'excitabilité exagérée, stade de durée et d'importance variable suivant l'alcaloïde employé. Alms montre, par exemple, que la physostigmine et la pilocarpine employées en application locale chez la grenouille décapitée, provoquent d'abord une augmentation de la sensibilité sous-cutanée. L'anesthésie se montre plus tard, si l'on a employé des solutions de concentration moyenne ou forte.

De même la cocaïne et l'atropine appliquées en solution faible provoquent d'abord une augmentation très marquée de la sensibilité locale.

La physostigmine, injectée sous faible pression dans l'artère crurale de la grenouille, paralyse les terminaisons nerveuses : à un certain stade de l'empoisonnement, le muscle a conservé presque intacte son irritabilité directe, tandis que l'excitation du nerf sciatique reste sans effet. La paralysie des terminaisons nerveuses est précédée par un stade d'excitation de ces terminaisons se traduisant par des contractions fibrillaires des muscles. Les mêmes phénomènes (contractions fibrillaires, puis paralysie des terminaisons nerveuses) peuvent s'observer après injection de cocaïne ou d'atropine. LÉON FREDERICQ.

Ueber einen neuen Bestandtheil des Thee's (Sur un constituant nouveau du thé), par A. KOSSEL (*Arch. für Anat. u. Physiologie, phys. Abth. p.* 549, 1888).

L'auteur a trouvé dans l'extrait de thé une base nouvelle, la théophylline, isomère de la théobromine et de la paraxanthine de Salomon. Sa formule est $C^7A^8Az^4O^2$. L'auteur indique plusieurs réactions qui permettent de distinguer la théophylline de ses isomères. La théophylline cristallise en tables incolores, minces et étroites, pouvant atteindre 5 millimètres et contenant une molécule d'eau de cristallisation qu'elles perdent un peu au-dessus de + 100°. Point de fusion + 264°. La substance est assez soluble dans l'eau, très soluble dans les solutions ammoniacales faibles, peu soluble dans l'alcool à chaud, à peu près insoluble dans l'acool à froid. La théophylline forme avec la potasse une combinaison assez soluble ; l'auteur a préparé les combinaisons de la théophylline avec le bichlorure de mercure, avec les sels d'or et de platine et avec l'argent. La théophylline paraît être comme la théobromine, une *diméthylxanthine*. En effet, par l'introduction d'un nouveau groupe méthyle (CH^3) dans sa molécule (action de l'iodure de méthyle sur la combinaison d'argent et de théophylline), elle se transforme en caféine ou triméthylxanthine. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Beziehungen der Structur der Gifte zu den Veränderungen der Zellen (Relations entre la structure des poisons et les changements qu'ils produisent dans les cellules, par J. GAULE (*Centralblatt für Physiologie p.* 373, 1888).

La lupétidine, la copellidine, la parpévoline, la propyllupétidine et l'isobutyllupétidine sont toxiques et provoquent, chez les grenouilles, des phénomènes de paralysie. La paralysie est d'origine centrale pour les termes les plus élevés de la série, tandis que les premiers termes portent, comme le curare, leur action sur les terminaisons des nerfs moteurs. L'excitabilité musculaire directe est conservée dans tous les cas.

On constate des altérations dans les éléments histologiques des muscles, du foie, de la rate et du sang. Les globules sanguins montrent des taches transparentes exemptes d'hémoglobine, et qu'à première vue on prendrait pour de véritables trous. Ces endroits transparents sont d'autant plus nombreux et plus étendus, que le radical alcoolique contient moins d'atomes de carbone (lupétidine), ils sont à peine marqués dans l'empoisonnement par l'hexyllupétidine, le terme le plus élevé de la série. Il y a donc une relation entre l'aspect de la cellule sanguine et la nature chimique du poison employé.

La lupétidine et les autres poisons homologues, mélangés directement au sang des grenouilles, n'agissent pas sur les globules. Les lacunes transparentes ne se montrent qu'après les symptômes de paralysie et d'empoisonnement. Le poison est probablement modifié au contact des muscles ou des éléments nerveux, et passe ensuite, ainsi modifié, dans le sang où il s'attaque aux globules.

La pipéridine et la coniine, qui contiennent le même noyau hydrocarboné que les substances précédemment citées, exercent une action analogue sur les globules rouges. LÉON FREDERICQ.

Sur les rapports entre l'atomicité des éléments et leur action biologique, par J. BLAKE (*Archiv. de physiologie*, 15 *mai* 1888).

L'action biologique des éléments monoatomiques se porte principalement sur les artères pulmonaires et la fonction d'aucun autre organe n'est fortement troublée. Les éléments biatomiques agissent sur le centre du vomissement, et sur les muscles cardiaques et volontaires. Ils tuent par leur action sur le cœur. Les éléments triatomiques portent leur action sur les centres respiratoire, vaso-moteur, inhibitoire, sur les ganglions cardiaques et sur les artères pulmonaires. Les éléments triatomiques agissent sur tous les centres nerveux, y compris le cerveau et la moelle, et aussi sur les ganglions cardiaques et les artères pulmonaires. A. GILBERT.

Ueber den Einfluss des kohlensäuren Natrons auf die Stickstoffauscheidung (Influence du bicarbonate de soude sur l'élimination de l'azote chez l'homme), par Conrad CLAR (*Centralbl. f. d. med. W., p.* 466, 1888).

L'auteur, après avoir recherché pendant huit jours quelle quantité d'azote il éliminait par les urines en vingt-quatre heures, a absorbé chaque jour 8 grammes de bicarbonate de soude pendant trois jours,

puis 4 grammes pendant quatre jours. Il n'a pas constaté de variation appréciable dans la quantité d'azote éliminée. A. M.

Note pour servir à l'étude de l'action du mercure sur l'organisme, par RÉMOND, (*Ann. de Derm., mars* 1888).

Il résulte des recherches de l'auteur que la voie pulmonaire absorbe plus rapidement le mercure que la peau, ainsi qu'il a pu s'en assurer, en soumettant une malade aux inhalations mercurielles pratiquées par évaporation du mercure dans un cabinet bien clos. Il résulte des analyses d'urine que le mercure s'élimine par doses graduellement ascendantes, mais que cette élimination semble tomber rapidement à un chiffre qui ne serait que l'expression d'une dose, pour ainsi dire, résiduelle et non thérapeutique. L'élimination des phosphates et des chlorures ne semble pas influencée. La quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures baisse notablement. F. BALZER.

Ueber diuretische Wirkung des Calomel (Sur l'action diurétique du calomel) par R. STINTZING (*München. med. Wochenschr., n°* 1, *et Centralbl. f. d. med. W., n°* 34, 1888).

De même que Jendrassik, R. Stinzing, qui a fait ses recherches dans la clinique de Ziemssen, considère le calomel comme un excellent agent diurétique. Il est surtout utile dans l'hydropisie cardiaque ; sur 16 cardiaques hydropiques, 11 en ont usé avec succès.

S. conseille de donner 20 centigr. de calomel trois fois par jour pendant trois jours. Souvent on peut continuer le calomel beaucoup plus longtemps (jusqu'à douze jours).

En même temps que de l'action diurétique, il faut tenir compte des évacuations intestinales. Il peut y avoir aussi de la salivation et de la stomatite ; mais on en vient facilement à bout par des gargarismes appropriés.

Comme Fürbringer, Stintzing admet une action directe secrétoire du calomel sur les cellules épithéliales des reins. A. MATHIEU.

Action biologique comparée des médicaments cardiaques, par G. RUMMO et A. FERRANINI (*La Riforma medica, n.* 154 *à* 183).

D'une longue étude physiologique, les auteurs concluent qu'aucun médicament n'élève la pression intra-vasculaire en excitant les nerfs vaso-constricteurs périphériques ni en excitant directement les parois vasculaires; l'élévation de la pression intra-vasculaire résulte de l'excitation combinée du myocarde et des centres nerveux vaso-constricteurs du bulbe : quelques-uns des médicaments cardiaques, comme la digitaline, agissent de préférence en excitant les centres nerveux vaso-constricteurs du bulbe; d'autres, comme l'upas antiar, de préférence en excitant le myocarde; d'autres encore, comme la strophantine, excitent également le myocarde et les centres bulbaires. GEORGES THIBIERGE.

Weitere Versuche zur Verwerthung des Salols in der Diagnostik der Magenkrankheiten (Nouvelles recherches sur l'emploi du salol pour le diagnostic des affections stomacales), par EINHORN et EWALD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 594, 16 *juillet* 1888).

C'est la suite de recherches publiées, dans le *Therapeutische Monatshefte* (août 1887). Il s'agissait, d'une part, de poursuivre le contrôle du fait annoncé par Ewald et Sievers, qu'à la suite d'ingestion de salol, l'élimination de l'acide salicylurique est accélérée par la strychnine et l'électricité, et, d'autre part, d'étudier l'influence exercée sur ce processus par quelques-uns des autres médicaments employés dans le traitement des affections gastriques. Einhorn a examiné l'urine, après administration du salol, de quart d'heure en quart d'heure. Au lieu de l'agiter avec de l'éther comme précédemment, il s'est contenté de verser sur du papier à filtrer quelques gouttes de l'urine acidifiée, additionnée d'une goutte de perchlorure de fer. La présence d'acide salicylurique s'y révèle par l'apparition sur les bords de cette goutte d'un liséré violet. Cette réaction, aussi nette que par l'agitation avec l'éther, offre l'avantage de persister sur le papier blanc à filtrer, quand il est sec, de sorte qu'on peut, en tout temps, procéder à des comparaisons entre les différents échantillons.

Chez les 14 personnes qui ont servi à ces nouvelles recherches, Einhorn a trouvé que, lorsque durant la première heure qui suit un repas modéré, on ingère 1 gramme de salol la réaction apparaît au bout de trois quarts d'heure ou d'une heure. Le fait a d'ailleurs été vérifié par Ewald sur de nombreuses personnes de sa clientèle. Lorsque la réaction tarde plus de 5/4 d'heure, c'est toujours chez des individus se plaignant de l'estomac. Einhorn a ensuite étudié l'influence des agents suivants : 1° Faradisation de la région gastrique durant 10 minutes; 2° extrait de noix vomique pris à la dose de 3 centigrammes la veille au soir; 3° acide chlorhydrique de la pharmacopée germanique (à 1 pour 230) ; 4 sel de Carlsbad 7,5 dans 230 d'eau ; 5° bicarbonate de soude 3,5 dans 230 d'eau ; 6° 230 grammes d'eau à jeun.

L'électricité et la strychnine ont régulièrement pour effet d'accélérer la réaction tandis qu'au contraire, l'accide chlorhydrique la retarde dans la majorité des cas. L'état de jeûne et l'ingestion d'un verre d'eau hâtent habituellement la réaction de même que si le salol est pris l'estomac plein. Le sel de Carlsbad et le bicarbonate de soude ont une action différente suivant la personne : tantôt ils accélèrent, tantôt ils retardent la réaction.

Le résultat d'ensemble de ces expériences prouve que, si le salol est introduit dans l'estomac pendant la digestion, il est absorbé, non point par la muqueuse gastrique, mais seulement dans l'intestin; c'est un fait essentiel pour l'utilisation de la réaction du salol au diagnostic des troubles moteurs de l'estomac.

Si l'acide chlorhydrique retarde la réaction, c'est que non seulement il empêche le dédoublement du salol dans l'estomac, mais en outre, accroît la tonicité du pylore et retarde ainsi le passage du salol dans l'intestin. J. B.

Ueber die Einwirkung des Antipyrins auf das Nervensystems (Influence de l'antipyrine sur le système nerveux), par L. BLUMENAU (*Petersb. med. Wochenschr.*, *n°* 52, *et Centralbl. f. d. med. Wiss.*, *p.* 635, 1888).

L'injection dans le sang, chez le chien, de 0,5 à 1 gramme d'antipyrine par kilogramme, provoque des convulsions toniques puis cloniques. La tonicité musculaire est très excitée; la sensibilité est émoussée. Les appels à haute voix provoquent des crises convulsives. La sensibilité tactile est augmentée, la sensibilité à la douleur diminuée. L'excitabilité cérébrale est accrue. Chez les chats, après la section de la moelle dorsale, il y a des convulsions dans les membres postérieurs; l'excitabilité médullaire est accrue. L'excitabilité réflexe est également augmentée chez les grenouilles; elle n'augmente pas après la section de la moelle. A. M.

Ueber die antiseptische Wirkung des Chloroformwassers (Des propriétés antiseptiques de l'eau chloroformée), par SALKOWSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 309, 1888).

Pour conserver l'urine, l'auteur a l'habitude d'y ajouter du chloroforme et de maintenir le mélange dans un flacon bien bouché. L'eau chloroformée (5 à 7 centimètres cubes de chloroforme pour un litre d'eau) s'oppose, d'après lui, à toutes les fermentations dues à des microorganismes : fermentation alcoolique, lactique, hippurique, etc., tandis qu'elle respecte les ferments solubles non organisés; celui de la salive, la pepsine, la trypsine, l'invertine, la diastase, etc.

Il faut avoir soin, dans les expériences, d'éviter l'évaporation du chloroforme.

Le lait conserve, au contact de l'eau chloroformée, sa réaction faiblement alcaline; au bout de trois mois il se présente à l'état de gelée que la succussion transforme en précipité de caséine et de graisse et en liquide clair, albumineux. C'est ce que Meissner a observé également dans le lait stérilisé.

Le chloroforme empêche la fermentation du sucre de canne et du sucre de raisin en présence de la levure, mais, au bout de 24 heures, le sucre de canne est transformé en sucre interverti.

Le chloroforme stérilise les bouillons, les exsudats albumineux; il permet de conserver même la viande hachée.

Un fil de soie portant des bacilles charbonneux, sans spores, est stérilisé par l'eau chloroformée; les bacilles sont tués en 30 minutes. Même action sur la bouillie de rate charbonneuse, sur le sang charbonneux. Mais les spores du charbon résistent.

L'eau chloroformée a une action remarquablement énergique sur le bacille virgule du choléra.

On peut mettre à profit ces propriétés antiseptiques pour conserver un grand nombre de liquides, l'urine, les solutions d'urée, les solutions albumineuses, etc. Quant au sang, il échappe à cette action. Les préparations anatomiques pourraient être maintenues dans l'eau chloroformée.

Les usages thérapeutiques sont encore limités. L. GALLIARD.

Action des boissons dites spiritueuses sur le foie, par Zénon PUPIER (*Archiv. de Physiologie*, 15 *mai* 1888).

L'usage prolongé des boissons dites spiritueuses produit, chez le poulet et le lapin du côté du foie, des lésions qui, d'après l'auteur, peuvent être exprimées ainsi :

1° *Absinthe alcoolée.* — Hépatite interstitielle avec néoplasie du tissu conjonctif qui étouffe la cellule et constitue la cirrhose;

2° *Vin rouge.* — Hypertrophie des cellules hépatiques, distendues par des granulations et des gouttelettes graisseuses, sans épaississement du réseau vasculaire.

3° *Vin blanc.* — La lésion porte aussi sur la cellule; mais, au lieu de la distendre, elle la comprime, l'atrophie, d'où la production d'une cirrhose secondaire par l'envahissement du rété non hypertrophié.

Double serait la lésion du parenchyme et du stroma. Hépatite interstitielle et parenchymateuse. La différence avec l'absinthe consiste en ce que celle-ci produit sa lésion primitive sur le stroma; dans le vin blanc, les altérations sont plus partielles, on retrouve plus de cellules conservées par îlots.

4° *Alcool absolu.* — Hépatite interstitielle par places, cellules plus ou moins atrophiées dans ces points, avec épanouissement du réseau vasculaire; lésion cirrhotique bien moins caractérisée que dans l'absinthe alcoolée. A. GILBERT.

Vergiftung durch Natriumbenzoat (Empoisonnement par le benzoate de soude), par H. MÖRNER (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 29, 1888).

Un kyste dermoïde de l'ovaire avait été incomplètement opéré. La cavité avait été ouverte et vidée, et dans l'intérieur on avait injecté plus de 100 grammes de benzoate de soude et un peu de naphtaline.

Trente heures environ après l'opération, on constata des phénomènes d'intoxication : du délire maniaque suivi d'un sommeil soporeux, ces symptômes disparurent au bout de quelques heures. Ils se reproduisirent le lendemain avec une intensité moindre. T. 37 — 38°, pas de convulsions, pas de sueurs. Dans l'urine, qui était d'un rouge brun, il n'y avait pas de naphtaline. — La coloration était due à de l'urobiline. L'urine réduisait la liqueur cupropotassique et la solution d'oxyde de bismuth. Elle renfermait une quantité élevée d'acide hippurique attribuable sans doute à la transformation de l'acide benzoïque absorbé. A. MATHIEU.

Ungewöhnliche Folgen einer acuten Morphinvergiftung (Suites exceptionnelles d'un empoisonnement aigu par la morphine), par SCHEIBER (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XIV, p.* 39).

A la suite d'un empoisonnement par la morphine (cinq centigrammes en injections sous-cutanées) apparurent après les premiers phénomènes aigus une série de troubles nerveux : decubitus acutus avec phlegmon suppuré, gangrène sèche, et plus tard infiltration pigmentaire de la peau; aphasie, agraphie, alexie, amnésie complète; désordres psychiques caractérisés par des hallucinations, de l'excitation, de la puérilité, accès de manie. Cet état dura deux mois et demi avant que la guérison fût obtenue.

Scheiber explique ces troubles par une hyperémie cérébrale produite par la morphine et suivie de la rupture des capillaires et de foyers disséminés de ramollissement. F. PLICQUE.

Des lésions de la morphinomanie et de la présence de la morphine dans les viscères, par B. BALL (*Encéphale, n° 6, 1887*).

Une hystérique, 26 ans, morphinomane depuis l'âge de 12 ans, et qui prenait en dernier lieu jusqu'à 2 grammes de chlorhydrate de morphine par jour, entre à Sainte-Anne, et est traitée par la suppression progressive et graduée du sel, en même temps que par des lavements de chloral et de bromure, et par une dose journalière de 20 centigrammes de sulfate de spartéine. On arrive à la suppression complète. Pendant douze jours, la santé n'est troublée que par quelques malaises digestifs et quelques accidents hystériques. Puis, presque subitement, la malade meurt dans la dyspnée. A l'autopsie, à côté de lésions sans importance grave, on constata la présence de la morphine dans les centres nerveux, dans la rate, dans les reins, et surtout dans le foie : les réactions chimiques l'ont nettement prouvé. Cette persistance de la morphine, après treize jours d'abstinence complète, explique les accidents tardifs observés chez les morphinomanes plusieurs jours après une guérison apparente. DESCOURTIS.

The toxic effects of iodoform, par R.-W. TAYLOR (*N. York med. Journ., p.* 367, 1er *octobre* 1887).

L'auteur publie neuf cas d'intoxication iodoformique; cinq fois il y a eu érythème avec ou sans phénomènes généraux (fièvre, vomissements, diarrhée, etc.); quatre fois eczéma à évolution rapide. Les accidents surviennent parfois quelques heures après l'emploi du médicament; dans un des cas de l'auteur, l'éruption ne s'est montrée qu'au bout de douze jours. Pas un seul décès. Les sujets étaient âgés de 21 à 36 ans; il y avait en outre un homme de 61 ans.

L'auteur conseille d'éviter l'iodoforme quand on a des plaies bourgeonnantes à traiter, ou quand il s'agit d'os récemment mis à nu. On ne doit pas l'employer en même temps que le pansement phéniqué. C'est chez les enfants et chez les vieillards, de même que chez les sujets affaiblis, qu'on observe le plus souvent les intoxications graves.

L. GALLIARD.

Ueber Safransurrogat (Toxicité du safran artificiel), par Th. WEYL (*Berlin. klin. Woch., n° 31, p.* 621, 30 *juillet* 1888).

En Allemagne, pharmaciens, épiciers, droguistes, vendent impunément, comme succédané du safran, du binitrocrésol, qui sert entre autres à colorer en jaune des produits alimentaires, tels que les nouilles.

Les expériences de Weyl sur des chiens montrent cependant combien cette substance est toxique. Soit qu'on l'administre par la voie stomacale, à la dose de 0,06 par kilog. du poids de l'animal, soit qu'on l'injecte sous la peau à la dose de 20 milligrammes par kilog., les animaux présentent tous les phénomènes d'un empoisonnement aigu par l'acide phénique : vomissements, diarrhée, dyspnée, tremblements et convulsions au milieu desquelles ils succombent.

C. With a d'ailleurs observé sur l'homme un cas d'empoisonnement mortel par le binitrocrésol. Il s'agit d'une femme qui ingéra pour 20 centimes (soit de 3 1/4 à 6 1/2 grammes, vraisemblablement) d'une poudre rouge qui lui avait été vendue comme safran par un pharmacien de Bremerhaven. Immédiatement elle fut prise de convulsions et de dyspnée et mourut 5 heures

après l'ingestion. A l'autopsie on releva la coloration jaune des téguments, des muqueuses, de l'urine (qui tachait le papier en jaune) et de la sérosité péricardique. Les bronches et les poumons œdématiés renfermaient une sérosité vert jaunâtre. L'estomac avait un contenu jaune foncé. L'analyse chimique et l'expérimentation physiologique prouvèrent qu'il s'agissait de binitrocrésol. J. B.

Poisoning by kerosene, par NORDERLING (*N. York med. record, p.* 64, *juillet* 1888).

Une enfant de 11 mois avale une quantité indéterminée de kérosène. Dix minutes après, l'auteur la voit; elle a 40 respirations; le pouls est à 250, la face et le cou sont couverts de sueurs; les extrémités sont froides. On lui fait prendre du lait et du sirop d'ipéca. Dans les vomissements on retrouve le poison sous forme de gouttes huileuses. On continue le lait et on donne un purgatif. Une selle pendant la nuit, un peu de toux, agitation légère; à midi, fièvre élevée 104 F., pouls 150. Le soir la fièvre tombe et le lendemain guérison parfaite. DUFLOCQ.

Two deaths from poisoning by chlorate of potash, with autopsies, par G. PEABODY (*N. York med. record., p.* 57, *juillet* 1888).

D'après l'auteur, la mort résulte de l'ensemble des lésions; dépression du cœur, faiblesse et fréquence du pouls; puis transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine sur laquelle l'oxygène est sans action; d'où la dyspnée et la cyanose des sujets; enfin, et c'est la lésion principale, oblitération complète des tubes du rein par des masses formées de globules rouges désorganisés et de méthémoglobine, d'où suppression de l'urine et apparition brusque des signes de l'urémie. Il n'y a donc pas néphrite aiguë comme on le croit, mais suppression mécanique de la fonction rénale. Le traitement rationnel serait donc une large saignée suivie de la transfusion. Suivent les deux cas, l'un aigu (mort en 27 heures) l'autre chronique à la suite de l'usage longtemps prolongé d'un gargarisme au chlorate de potasse et de l'absorption de nombreuses pastilles du même médicament. Ce dernier présenta de l'urine sanglante et de l'ictère. P. DUFLOCQ.

Die Fermentintoxication und deren Beziehung zur Sublimat-und Leuchtgasvergiftung (L'intoxication par le ferment de la fibrine dans ses relations avec l'empoisonnement par le sublimé et par le gaz d'éclairage), par W. HEINEKE (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLI, p.* 147).

On connaît la théorie de la coagulation du sang soutenue par Al. Schmidt; pour qu'elle se produise, il faut que trois substances se trouvent mises en présence : la substance fibrinogène, la substance fibrinoplastique, et un ferment spécial qui provoque la combinaison des deux premières. La substance fibrinogène est dissoute dans le sérum sanguin; la substance fibrinoplastique existe dans les globules blancs.

Dans l'empoisonnement par le sublimé, on observe des ecchymoses dans les divers organes, en particulier dans les organes thoraciques; ces extravasations sanguines sont dues à des thromboses fibrineuses. Ne peut-on pas penser qu'il y a là, sous l'influence du sublimé, une sorte d'intoxication par le ferment fibrineux, comme cela se voit après l'injection de diverses substances animales ? Chez les animaux empoisonnés

par le gaz d'éclairage, c'est-à-dire par l'oxyde de carbone, on trouve des thromboses dues à des accumulations de leucocytes accolés et déformés. N'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue ? A. MATHIEU.

I. — Weitere Fälle von Sublimat-Colitis, par VIRCHOW et Discussion (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 4, *p.* 72, 23 *janvier* 1888).

II. — Ueber die Dickdarmentzündung bei acuten Quecksilbervergiftungen (De l'inflammation du gros intestin dans l'empoisonnement mercuriel aigu), par GRAWITZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 41, 1888).

III. — Zur Kenntniss der Wirkung des Quecksilbers auf den Darm (L'action du mercure sur l'intestin), par H. KRAUS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 12, *p.* 227, 1888).

IV. — Ueber Sublimat-Enteritis, par FRAENKEL (*Soc. médic. de Hambourg*, 10 *janvier* 1888).

I. — Virchow communique trois nouveaux exemples de lésions intestinales dysentériformes mortelles, dues au sublimé, employé à titre thérapeutique. Deux fois, il s'agissait de lotions désinfectantes chez des femmes en couches, et une fois de gargarismes. Virchow a examiné les reins des deux premières malades, afin de reconnaître si le signe différentiel dans la dysenterie, indiquée par Saenger, était constant. Or, il n'a trouvé de dépôts calcaires que chez l'une des femmes, chez celle précisément où les altérations limitées à l'intestin grêle, n'exposaient pas à une confusion avec la dysenterie. Chez l'autre, où les lésions occupaient à la fois le petit et le gros intestin, il n'existait qu'une néphrite parenchymateuse. Virchow en conclut que, si la présence de dépôts de sels de chaux dans la substance corticale des reins permet, peut-être, malgré la coexistence de lésions dysentériques du colon de conclure à un empoisonnement mercuriel, l'absence de ces dépôts n'en contredit nullement la possibilité.

Dans la discussion, Saenger déclare que ses dernières recherches lui ont appris que l'existence ou l'absence de dépôts calcaires intra-rénaux, dépend de la manière dont l'intoxication par le sublimé a eu lieu. Cette intoxication a pour effet de diminuer l'alcalinité du sang, par la formation d'acide lactique. Une fois dans le torrent circulatoire cet acide dissout les os en produisant du lactate de chaux qui, revenu dans le sang, se transforme en carbonate, pour être éliminé par les reins, quand ces organes sont sains. Mais déjà auparavant, le sublimé, comme beaucoup de métaux, a lésé les reins par un processus de dégénération aiguë comparable à la néphrite parenchymateuse. Les reins, dont les fonctions sécrétoires sont réduites au minimum, sont hors d'état d'éliminer la chaux qui s'accumule alors dans leurs canalicules. Deux conditions sont ainsi indispensables pour la formation de dépôts calcaires dans les reins : 1° la présence d'une certaine quantité d'acide lactique; 2° l'existence d'un certain degré de dégénération rénale. J. B.

II. — Grawitz a observé plusieurs fois la colite de l'intoxication mercurielle. Il a remarqué la prédisposition spéciale des typhiques, vers la cinquième semaine, aux accidents dysentériformes sous l'influence des sels de mercure.

Il rapporte l'observation d'un amputé de cuisse à qui l'on fit des lavages à

l'aide de la solution de sublimé à 1/1000 et qui succomba le 3e jour. A l'autopsie, embolies graisseuses dans les poumons, néphrite parenchymateuse, entérite pseudo-membraneuse, étendue depuis le cœcum jusqu'au rectum, ecchymoses, gangrène superficielle des parties saillantes de la muqueuse, formant des raies longitudinales et transversales, qui représentent les montants et les barreaux d'une échelle.

L'auteur a voulu savoir si cette gangrène était due, comme on l'a pensé, à l'action caustique des matières fécales auxquelles se mêlent les sels de mercure éliminés avec la salive, la bile, les sucs intestinaux. Il a sectionné le gros intestin d'un chien, à 12 centimètres du cœcum et créé pour le bout supérieur un anus artificiel ; puis il a empoisonné l'animal à l'aide du sublimé. A l'autopsie, le bout supérieur du gros intestin était ecchymosé, infiltré de sang ; le bout inférieur ne contenait pas de matières, puisqu'il était privé de toute communication avec le reste des voies digestives, mais seulement du sang. Or, on voyait là les eschares avec leur disposition classique. L'auteur ne peut donc les attribuer à l'action directe des composés toxiques ; il pense qu'elles sont dues à des convulsions de la tunique musculeuse qui comprime les parties sous-jacentes de la muqueuse extraordinairement congestionnée. L. GALLIARD.

III. — Intoxication mortelle par deux injections de calomel de 0.10 centigrammes.

Un sujet de 30 ans, syphilitique depuis six semaines, offrant un chancre, de la roséole, des plaques buccales, subit la première injection sous-cutanée de calomel, à la dose de 0.10 centigrammes le 15 mai ; seconde injection le 22 mai.

Le 23 mai, stomatite commençante. Le 24 mai salivation, fétidité de l'haleine, gonflement de la muqueuse buccale ; diarrhée, vomissements, anurie. Chlorate de potasse, injection de morphine.

Le 25, selles dysentériques, sanglantes ; ténesme rectal, anurie. Refroidissement des extrémités. La température s'abaisse, le 27 au soir, à 35°,5. Traitement tonique ; opium. Mort le 28, à une heure après-midi.

Autopsie : congestion des méninges et du cerveau. Pneumonie hypostatique de la base droite ; œdème aigu des deux poumons, gonflement de la rate. Les lésions intestinales ont leur maximum d'intensité dans l'*S* iliaque, qui est ulcérée et perforée. Péritonite commençante.

L'auteur fait remarquer que plusieurs autres syphilitiques ont été traités par la même solution de calomel, à la clinique de Cracovie, sans éprouver le moindre malaise. L. GALLIARD.

IV. — Fraenkel rappelle qu'il a décrit, avant Virchow, l'entérite dysentériforme dans l'intoxication par le sublimé. Dans les autopsies, Saenger a signalé des dépôts calcaires des reins. Or, ces dépôts calcaires n'ont rien de spécial à l'empoisonnement hydrargyrique. L'auteur les montre dans les reins d'un typhique et d'un tuberculeux, qui n'ont subi en aucune façon le contact des préparations mercurielles. D'ailleurs, il les a recherchés vainement dans les autopsies de sujets empoisonnés par le mercure. L. GALLIARD.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Influence des vapeurs d'acide fluorhydrique sur les bacilles tuberculeux par J. GRANCHER et P. CHAUTARD (*Ann. de l'inst. Pasteur, p.* 267, 1888).

II. — Étude critique sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans les affections pulmonaires, par Paul AUDOLLENT (*Thèse de Paris*, 1888).

III. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les pulvérisations biiodo-mercuriques et technique des pulvérisations, par P. MIQUEL et A. RUEFF (*In-8°, Paris*, 1888).

I. — Les auteurs, au moyen d'un dispositif expérimental spécial, ont étudié, chez des lapins inoculés par voie veineuse avec des cultures pures de tuberculose, l'influence de l'absorption de l'acide fluorhydrique par les voies respiratoires. Dans tous les faits, l'action des vapeurs fluorhydriques sur l'évolution de la tuberculose expérimentale a été nulle.

Quant aux cultures, l'action directe des vapeurs d'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux est réelle, puisque les animaux d'essai sont tous morts 1, 3, et 4 jours après les témoins, mais cette action est faible puisque la survie est très courte. L'action directe et prolongée des vapeurs diminue la virulence du bacille, mais ne le tue pas.

On ne peut légitimement espérer atteindre et détruire, au plus profond de l'économie, par les vapeurs fluorhydriques, le bacille tuberculeux, que ces mêmes vapeurs atténuent, mais ne tuent pas *in vitro*, après un contact prolongé pendant plus de quatre heures. A. CHAUFFARD.

II. — Revue critique de ce procédé de traitement qu'Audollent ne peut considérer comme l'antiseptique par excellence. Les signes physiques sont en général peu modifiés et les inhalations ne servent qu'à réveiller l'appétit, calmer la toux et la dyspnée. Elles sont surtout indiquées au début de la tuberculose.

III. — Miquel et Rueff emploient le biiodure d'hydrargyre au 1000e en pulvérisations : ils insistent sur la nécessité de donner à la vapeur une pression suffisante pour que les particules aqueuses, chargées du médicament, puissent pénétrer dans les ramifications bronchiques. Sur 27 malades traités par ce procédé, il y a eu 19 améliorations (dans quelques cas, les bacilles auraient complètement disparu) et 8 aggravations ou états stationnaires. Les 19 premiers cas ont trait à des malades arrivés seulement au 1er ou 2e degré de la phtisie. A voir page 42 un tableau des divers antiseptiques suivant leur pouvoir antimicrobien.

A. C.

Effets de l'acide fluorhydrique dans le traitement des maladies des voies respiratoires, par MOREAU et COCHEZ (*Assoc. française, Congrès d'Oran*, 1888).

Sur 60 malades, Moreau et Cochez ont obtenu 28 améliorations, 4 états

stationnaires, 9 aggravations, 4 décès; 11 malades n'ont subi qu'une séance d'inhalation, 4 n'avaient que de l'asthme. Les auteurs sont favorables à ce mode de traitement. A. C.

Fluorwasserstoffsäure-Inhalationen (Inhalations d'acide fluorhydrique dans la tuberculose pulmonaire), par GAGER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 29, *p.* 594, 1888).

Résultats favorables des inhalations fluorhydriques. Sur 17 cas, l'auteur a obtenu 5 fois la disparition complète des bacilles des crachats, avec une diminution considérable des signes physiques. Dans 7 cas, il a obtenu une amélioration locale notable.

12 malades ont augmenté de poids, mais cette augmentation n'est pas en relation constante avec l'amélioration locale. Un des sujets dont les crachats ne contenaient plus de bacilles et dont les poumons semblaient améliorés n'augmenta pas de poids ; un autre, au contraire, gagnait du poids, tandis que les signes pulmonaires persistaient avec la même intensité.

Sur 3 tuberculeux fébricitants, un seul revint à la température normale. Dans un cas les sueurs nocturnes disparurent.

Chez 2 sujets atteints de phtisie laryngée, les inhalations ont provoqué des phénomènes inflammatoires; il faudra donc, dans les cas analogues, employer des solutions très faibles et pratiquer rarement les inhalations.

Chez 5 malades, résultats nuls.

Jamais d'accident dû à l'acide fluorhydrique. Un des sujets soumis au traitement a succombé, mais il était condamné déjà par plusieurs médecins.

En somme, l'auteur est partisan de la méthode. L. GALLIARD.

Injections intra-pulmonaires de napthol α et β, par E. ARUCH (*Il Morgagni*, 2e *partie*, 1er *septembre* 1888).

Les injections intrapulmonaires à doses suffisamment antiseptiques sont absolument inoffensives. Aruch s'est servi de solutions à 1 et à 2 0/00. Les chiens ont supporté ces solutions jusqu'à la dose de 5 grammes par kilogramme de leur poids. Les lésions pulmonaires, observées dans quelques cas seulement, se rencontrent aussi bien après les injections d'eau simple stérilisée qu'après celles de solution de naphtol. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Einwir kung Priessnitz'scherEinwickelungen auf den Blutdruck bei croupœser Pneumonie und diffuser Nephritis (Action du maillot humide sur la pression sanguine dans la pneumonie franche et la néphrite diffuse), par J. KAUFMANN et W. de BARY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 557, 9 *juillet* 1888).

Ces recherches ont été faites à l'aide du sphygmomanomètre de von Basch.

A. *Variations de la pression sanguine dans la pneumomie franche* (19 cas).

1. Durant le stade fébrile de la pneumonie, on observe généralement une diminution plus cu moins grande de la pression sanguine.

2. Au début de la crise, la plupart du temps, la pression sanguine s'abaisse encore davantage. Cet abaissement est d'autant plus considérable que la crise tarde davantage. On peut l'observer à un moment où il existe encore une grande fréquence de pouls et une haute température.

Avant la crise, il n'y a pas de rapport constant entre le taux de la pression sanguine d'une part, la hauteur de la température et la fréquence du pouls de l'autre :

Mais l'abaissement de la pression sanguine est plus marqué dans les pneumonies graves ou traînantes (alcoolisme, grossesse).

3. Durant la convalescence la pression sanguine remonte à la normale.

Quand les convalescents se lèvent pour la première fois, il n'est pas rare d'observer un nouvel abaissement passager de la pression sanguine.

B. *Effet du maillot humide sur la pression sanguine chez les pneumoniques* (13 cas).

Le maillot humide a pour effet constant d'abaisser plus ou moins la pression sanguine. Il n'y a d'exception que chez les malades débilités qui offrent au contraire une augmentation de pression, preuve de l'action tonifiante de l'enveloppement dans le drap mouillé. L'action du maillot humide sur la fréquence de pouls et la température n'est nullement constante.

C. Le *demi-bain avec affusions froides* sur les parties du corps non immergées, a sur la pression sanguine un effet identique à celui du drap mouillé (2 pneumoniques).

D. Dans un cas de *néphrite* aiguë, fébrile, les maillots humides ont toujours abaissé d'une façon notable la pression sanguine et cela durant plusieurs heures.

E. Le même effet, moins prolongé, a été obtenu par l'*étuve sèche en caisse* chez un homme atteint de néphrite chronique interstitielle d'origine saturnine. J. B.

Oxalate of cerium as a remedy for cough, par H. CHEERMAN (*N. York med. record, p.* 602, *juin* 1888).

Ce médicament, donné à la dose de 5 grains le matin et le soir, amène une sédation rapide de la toux, quelle qu'en soit la cause, tuberculose pulmonaire, bronchite chronique, gangrène pulmonaire.

L'auteur n'a jamais eu d'accident, même en donnant 20 grains plusieurs fois par jour. Au début, les malades se plaignent d'une sensation de sécheresse dans la bouche qui cesse par l'usage. P. DUFLOCQ.

Du traitement des hémoptysies par l'iodoforme, par CHAUVIN et JORISSENNE (*Progrès médical,* 19 *mai* 1888).

Ces auteurs rapportent le résumé de 14 observations de tuberculeux, chez lesquels l'iodoforme aurait parfaitement réussi, comme moyen hémostatique, même dans des cas d'hémoptysies abondantes ; les récidives sont rares et ne reviennent que tardivement ; l'iodoforme agit à

faibles doses, il suffit de quelques pilules contenant 5 centigrammes d'iodoforme; en général l'iodoforme a été associé au tanin, ou à l'extrait de gentiane ou de quinquina. H. L.

On oil pepperment as an antiseptic and as remedy in phthisis and diphteria (L'essence de menthe poivrée, sa valeur antiseptique et curative dans la phtisie et la diphtérie), par L. BRADDON (*Lancet* 17 *et* 24 *mars* 1888).

L'auteur s'est servi dans plusieurs opérations d'essence de menthe poivrée, pure ou mélangée à l'huile d'olive comme agent antiseptique, et il a obtenu les meilleurs résultats, les plaies guérissant sans amener d'élévation de température et se réunissant par première intention. Il a eu l'idée d'appliquer cet agent dans la phtisie et la diphtérie. Dans le premier cas, il a employé les inhalations sur les six malades qu'il y a soumis, deux ont paru améliorés, les autres sont morts, soit parce qu'ils présentaient des lésions trop avancées, soit parce qu'ils n'ont pu continuer le traitement. Dans la diphtérie, il a vu les fausses membranes disparaître rapidement, à la suite de badigeonnages répétés pendant deux ou trois jours. LUBET-BARBON.

Ueber die Anwendung der Bergeon'schen Gazmischung zu Inhalationen (Du mélange gazeux de Bergeon en inhalations), par KARIKA (*Wien. med. Presse*, *n°* 2, *p.* 51, 1888).

L'auteur a employé, pendant plusieurs années, le mélange d'hydrogène sulfuré et d'acide carbonique en inhalations dans les affections pulmonaires. Pour produire les vapeurs, il mettait dans un litre d'eau bouillante 2 grammes de sulfate de potasse et 3 grammes de bi-carbonate de soude. Plus tard, il a renoncé à l'acide carbonique et s'est contenté de l'hydrogène sulfuré seul.

Ce procédé lui donne de bons résultats; il obtient une amélioration notable dans 60 0/0 des cas environ, en tenant compte seulement des cas graves, tuberculose avancée en général. La dyspnée diminue, les crachats se détachent plus aisément, les malades reprennent des forces. Pas une seule guérison complète; le médicament n'est pas spécifique. Il produit donc à peu près les mêmes effets en inhalations qu'en lavements (méthode de Bergeon). L. GALLIARD.

I. — Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax, par POTAIN (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. XIX*, *n°* 17).

II. — Pneumothorax et antisepsie pleurale, par MOIZARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *juillet* 1888).

I. — Il s'agit d'un tuberculeux de 23 ans, atteint de pneumothorax du côté droit, et d'un épanchement considérable.

Vu la gêne extrême de la respiration, Potain pratiqua la thoracentèse. Il fit l'extraction totale du liquide, mais en le remplaçant par de l'air introduit au fur et à mesure, de façon à éviter toute expansion du poumon. L'air ainsi injecté avait été préalablement stérilisé suivant les procédés de Pasteur. L'appareil instrumental se compose de deux flacons à deux tubulures. Chacun de ces flacons est muni d'un tube en verre plongeant jusqu'au voisinage du fond, et les deux tubes sont réunis par un tuyau de caoutchouc permettant de faire

passer les liquides de l'un à l'autre par le mécanisme du siphon. A l'un des deux flacons est adapté un tube ne plongeant pas, et se continuant par un mince tuyau de caoutchouc terminé par une aiguille creuse.

Le flacon destiné à contenir l'air stérilisé est rempli d'une solution phéniquée forte. Le liquide remplit en outre le tube destiné à faire siphon et s'élève dans l'autre flacon assez pour faire plonger le tube. Un autre tube de verre rempli d'ouate et fermé par un bouchon de liège est plongé dans une étuve à 200° pendant deux heures. Il porte à son extremité l'aiguille du trocart et communique d'autre part avec un appareil de Liebig contenant la solution phéniquée. Il suffit dans ces conditions d'abaisser le flacon vide, pour que l'air se précipite dans le flacon plein après avoir traversé les boules de Liebig et la ouate stérilisée.

L'opération fut renouvelée trois fois dans les cinq mois qui suivirent. Les signes d'épanchement disparurent peu à peu, en même temps que les signes cavitaires, qui étaient des plus accentués. Aujourd'hui le malade a repris un embonpoint normal, il n'y a plus de bacilles dans les crachats, d'ailleurs fort rares, et l'appétit est considérable.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer la même opération chez deux autres malades; chez les deux, les résultats ont été également satisfaisants.

II. — Chez un homme atteint de tuberculose depuis dix mois, Moizard constate les signes d'un hydropneumothorax total droit, datant de dix jours. Le malade présentait un aspect typhoïdique très accentué et une fièvre vive. Le poumon gauche était intact. Moigard injecta dans la plèvre 30 grammes d'une solution contenant : teinture d'iode, alcool à 60 degrés et solution d'iodure de potassium au 10e (parties égales). Aucun malaise après l'injection. La fièvre tombe rapidement, l'état général s'améliora, les urines à aucun moment ne présentèrent de traces d'iode. Deux mois après le pneumothorax était guéri.

2° Chez un tuberculeux malade depuis des années et présentant de graves lésions bilatérales, un pneumothorax total se manifeste sans épanchement de liquide. Moizard, cinq jours après le début des accidents, injecta une solution iodée (70 grammes). Pendant trois jours les urines contiennent de l'iode; la température, de fébrile, redevint presque normale, et le malade se mit à engraisser pendant plus d'un mois ; puis survint une poussée de granulie qui l'enleva. A l'autopsie on trouva des gaz peu fétides, 3 à 400 grammes de pus gélatineux, aucune trace de la solution iodée ; l'orifice de la fistule obturé par un bouchon caséeux. H. L.

Des injections d'air stérilisé dans les pleurésies séreuses chroniques, par H. SECRETAN (*Revue médic. Suisse romande, VIII*, 351 *et* 438, *juin et juillet* 1888).

Il s'agit d'un homme de 51 ans, bien constitué, sans tuberculose apparente, ne toussant pas, qui était atteint depuis 18 mois d'un épanchement séreux développé progressivement dans la plèvre gauche. L'inexpansibilité du poumon comprimé depuis longtemps limita à une faible quantité (800 grammes) le liquide qu'il fut possible d'extraire par la première thoracentèse.

L'épanchement avait envahi complètement le sommet du thorax, et le cœur était fortement déplacé à droite. Durant la seconde thoracentèse, le vide fréquemment renouvelé détermina une pression négative assez forte pour entraîner une rupture pulmonaire. A la faveur de l'introduction de l'air dans la plèvre, à travers la fistule, la presque totalité du liquide séreux (3,200 grammes) fut extraite séance tenante, et l'épanchement liquide remplacé par un vaste pneumothorax libre. Le malade se sentit très soulagé. Il n'y eut aucune réaction, pas de fièvre. Il se promenait cinq jours après; l'ap-

pétit, les forces s'accrurent rapidement en même temps que le poids du corps augmentait.

La résorption de l'air se fit rapidement sans que le liquide se reproduisît, et, au bout de 27 jours, il n'existait plus trace du pneumothorax. J. B.

I. — Du traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique, par WEILL (*Acad. des sciences*, 27 *février* 1888, *et Lyon méd.*, *p.* 573, 8 *avril* 1888).

II. — *Idem*, **par René CHABANNES** (*Thèse de Lyon*, 1888).

I. — S'inspirant des expériences de Brown-Séquard (Voy. *R. S. M.*, XXV, 454, 455), Weill a employé l'acide carbonique en inhalations (dix respirations en 2 minutes, environ, 3 à 5 litres de gaz dépensés) contre la dyspnée. Ce symptôme est immédiatement atténué et les malades se trouvent soulagés pour plusieurs heures. Pour les dyspnées des phtisiques, la forme continue, comme la forme intermittente avec quintes, sont soulagées. Le sommeil revient et les malades peuvent s'alimenter.

Ces inhalations réussissent également bien dans les dyspnées mécaniques (cardiaques, emphysème, etc.). Elles amènent l'anesthésie du pharynx et du larynx.

II. — Chabannes a repris les recherches de Weill et publie dans sa thèse un certain nombre d'observations démontrant les bons effets de ce gaz. C'est par un effet d'inhibition sur le laryngé supérieur, et de là, sur les centres nerveux et les nerfs respiratoires que se produit l'action sédative.

Les résultats constatés par Weill ont été obtenus chez des tuberculeux, des cardiaques; ils ont été nuls dans la coqueluche. Si la dyspnée est paroxystique, le gaz arrête l'accès. Dans la dyspnée permanente il amène une sédation, une diminution d'intensité. Ces inhalations sont dépourvues de danger. A. CARTAZ.

Die Behandlung des Keuchhustens mit Chinin, speciell mit Chinininjectionen (Traitement de la coqueluche par la quinine, spécialement par les injections de quinine), par TERVERS (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXVIII, Heft* 2).

En présence des difficultés qu'il y a pour faire prendre aux enfants la quinine à dose suffisante, l'auteur a essayé les injections sous-cutanées de quinine unie à la carbamide. Dans trois cas tous les symptômes disparurent en 8 jours; dans huit autres cas il y eut une grande amélioration. Ce succès relatif tient à ce que la solution injectée n'a pas été toujours résorbée, surtout lorsque cette solution était concentrée; dans ces cas on a noté des indurations et même des eschares. On a employé des solutions de 2 pour 10, 4 pour 10, 6 pour 10. L'auteur conclut que quand on ne peut faire prendre la quinine en capsules, dans du pain azyme ou à l'aide de la sonde, il faut employer les injections sous-cutanées faites avec des solutions faibles. BARBE.

I. — Le bain froid systématique, par JUHEL-RÉNOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *janvier* 1888).

II. — Contribution au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par RICHARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 *mars* 1888).

III. — Des dangers de l'hyperthermie et de quelques médications antihyperthermiques dans la fièvre typhoïde, par MUSELLI (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 *mars* 1888).

I. — J.-R. a traité 43 malades exclusivement par les bains froids du commencement à la fin, et n'a perdu que 3 malades, soit une mortalité de 7 0/0; certains d'entre eux ont pris jusqu'à 120,150 et même 193 bains. Des 3 malades qui ont succombé, l'une malade depuis 8 jours est morte au bout de 3 jours dans un état d'adynamie complète, et présentait des ulcérations intestinales extrêmement étendues. Le deuxième, pris d'une hémorragie intestinal après deux bains, mourut d'une perforation vers la fin de l'iléon cinq jours après son entrée. Le troisième mourut également d'une perforation au même endroit. L'auteur décompose comme suit ses 43 cas: 14 très graves, 9 réservés, 10 moyens, 3 légers. Le nombre moyen des bains a été de 65 par malade; 9 ont pris plus de 100 bains.

J.-R. insiste sur le facies du malade traité par les bains froids qui n'a ni l'aspect hébété, ni la langue collante, ni la diarrhée avec tympanisme. Le typhique, dès le troisième ou le quatrième jour, urine abondamment. J.-R. ne regarde ni la grossesse ni la menstruation comme étant des contre-indications, et ne croit pas que l'on puisse reprocher au traitement ni les perforations, ni les hémorragies intestinales, ni la pneumonie. Il a vu au contraire la bronchite de ses malades disparaître en deux à trois jours. H. L.

II. — Sur 76 malades, 38 traités par les procédés ordinaires ont donné 4 morts, 38 traités par les bains froids, 2 morts; soit moitié moins. En outre de la diminution de la léthalité, l'aspect des malades est bien amélioré, il n'y a plus ni délire, ni stupeur, ni insomnie, ni sécheresse naso-pharyngée. Ce sont surtout les symptômes nerveux qui s'amendent. Richard, pour pousser à la diurèse, fait boire pendant le bain un verre d'eau froide; chez un malade atteint d'une entérite typhoïdique traitée par la quinine avec succès, dans un cas de rechute avec insuccès, l'emploi des bains froids amena rapidement la disparition de l'albuminurie et des accidents d'intoxication urémique. Les bains étaient donnés entre 18 et 20 degrés, de 6 heures du matin à 11 heures du soir, chaque malade était baigné toutes les 3 heures, s'il avait plus de 38°,5; toutes les 2 heures dans les cas graves; pendant le bain, on faisait sur la tête des affusions d'eau froide. H. L.

III. — L'hyperthermie est un danger dans la fièvre typhoïde par son action sur l'intestin, le cœur et l'organisme tout entier. La médication hydriatique, sous forme de bains froids, est dangereuse et, sous forme de bains tièdes, n'a qu'une action très limitée.

Le sulfate de quinine épuise vite son action antithermique, et, à doses massives, n'est pas sans inconvénient. L'acide salicylique a une action incertaine et favorise les hémorragies. Au contraire, l'antipyrine abaisse

la température d'une façon sûre et mathématique. Elle permet de faire évoluer une fièvre typhoïde à une température modérée sans exposer l'organisme à aucune grave conséquence. C'est la meilleure médication antihyperthermique. OZENNE.

A further contribution on local medication of the spinal cord, with cases, par L. CORNING (*N. York. med. record, p.* 291, *mars* 1888).

Si l'on injecte chez un lapin une solution de strychnine de façon à produire des convulsions, l'injection d'un quart de grain de cocaïne est impuissante à modifier l'état convulsif; si, par contre, on injecte, le plus près possible de la moelle et sur différents points de sa hauteur, dix gouttes d'une solution de cocaïne à 4 0/0, les convulsions disparaissent.

Ce résultat implique qu'il faut chez l'homme, dans le cas d'irritation spinale, injecter les solutions médicamenteuses le plus près possible de la moelle.

Peut-on le faire sans crainte de blesser l'axe nerveux?

D'expériences cadavériques, l'auteur conclut qu'on peut, au niveau des 9-10-11-12 vertèbres dorsales et des deux premières lombaires, agir en toute sécurité grâce à la méthode suivante :

La seringue est armée d'une aiguille portant un curseur qu'une vis permet de fixer en un point quelconque de la longueur. Avec un fin stylet présentant la même disposition, on pénètre à un pouce et demi de l'apophyse épineuse jusqu'à ce qu'on sente la pointe arrêtée par l'apophyse transverse de la vertèbre. Le curseur est alors poussé jusqu'à l'effleurement de la peau. On retire le stylet, et on dispose l'arrêt de l'aiguille de façon à avoir une longueur égale à celle marquée sur le stylet indicateur, moins quelques millimètres pour plus de sécurité.

Enfonçant alors l'aiguille dans l'espace intervertébral, on est sûr d'arriver près de la moelle sans la toucher.

L'injection, suivant cette méthode, d'une pleine seringue contenant 1/75 de grain d'acide pyrogallique et d'un grain et demi de cocaïne a fait disparaître les douleurs les plus invétérées de la colonne et a permis aux patients d'exécuter, comme par le passé, les mouvements les plus variés de la colonne et des jambes. P. DUFLOCQ.

Observation de sclérose en plaques. Effet remarquable de la solanine sur le tremblement, par GRASSET et SARDA (*Progrès médical*, 7 *juillet* 1888).

Un malade atteint de sclérose en plaques présentait comme symptôme prédominant un tremblement très manifeste du bras gauche pendant les mouvements volontaires. La dyspnée disparut au bout de quatre jours du traitement avec 3, 4 et 5 cachets de cinq centigrammes de solanine; le tremblement en cinq jours; six jours après la suppression de la solanine, le tremblement reparut mais n'arriva au degré initial qu'au bout de vingt jours; dix cachets de solanine le firent totalement disparaître. — Le malade partit huit jours après. H. L.

I. — Salol in diarrhœa, par OSBORNE (*N. York med. Journ., p.* 376, 7 *avril* 1888).

II. — Du traitement de la diarrhée, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 *juin* 1888).

III. — Du traitement de la diarrhée des tuberculeux par l'acide lactique, par SÉZARY et AUNE (*Lyon méd.*, 20 *août* 1888).

I. — Osborne a employé le salol dans 22 cas de diarrhée sans un seul insuccès. Aux enfants au-dessous de 2 ans, il prescrit 50 centigrammes; de 2 à 5 ans, 1 gramme; jusqu'à 12 ans, 2 grammes et, au-dessus de cet âge, 3 grammes. Ces doses sont renouvelées toutes les deux heures dans les cas graves, jusqu'à cessation de la diarrhée. Du reste, surtout chez les enfants, le résultat est presque immédiat.

Un enfant de 6 mois, atteint de vomissements et de diarrhée, a guéri en 24 heures.

Une femme de 36 ans, ayant des selles sanglantes, dysentériques, depuis une semaine, a guéri en un jour.

Un homme de 23 ans, atteint de diarrhée rebelle depuis six semaines, a pris pendant 3 jours quatre doses de 3 grammes; guérison.

Chez un sujet de 40 ans, la dysenterie aiguë a été traitée avec succès par des lavements de solution alcoolique de salol à 4 0/0. L. GALLIARD.

II. — Debove, dans les cas de diarrhée rebelle, emploie le silicate de magnésie du commerce (talc) à doses de 2 à 400 grammes, il a même une fois employé 600 grammes. Il mélange le talc à une boisson aromatique ou à du lait. Les diarrhées liées à des ulcérations tuberculeuses étaient enrayées en 2 à 3 jours. Il n'a eu aucun insuccès. H. L.

III. — La diarrhée si rebelle des tuberculeux a rapidement cédé à l'action de l'acide lactique, administré à la dose de 2, 6 et 8 grammes par 24 heures. Neuf observations. A. C.

Zur Behandlung des diabetischen Coma (Traitement du coma diabétique par les injections intra-veineuses alcalines), par J. HESSE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 379, 7 *mai* 1888).

Stadelmann (*R. S. M.*, XXVII, 538), admettant qu'un empoisonnement acide de l'économie est la cause des accidents comateux observés dans le diabète, a proposé d'y remédier par l'administration d'alcalins.

C'est ce qu'ont fait d'abord Minkowski et Wolpe (*Arch. f. experimentelle Pathologie,* XXI) chez deux diabétiques. A l'un, ils ont administré du carbonate de soude par la bouche et par le rectum; à l'autre, par transfusion veineuse. Il n'y eut qu'une amélioration passagère après laquelle les malades moururent dans le coma. Depuis, Minkowski a encore cité un troisième cas de coma diabétique qu'il a traité par des injections intra-veineuses et sous-cutanées d'une solution de carbonate de soude à 3 0/0 et cela avec un véritable succès.

Dans le fait suivant, Hesse a injecté, une heure après le début du coma, dans la veine basilique, 250 grammes de la solution de carbonate sodique. Au bout de six heures, le malade se réveilla avec sa pleine conscience. Le lendemain après midi, la somnolence recommençant, on injecte sous la peau de la cuisse 200 grammes de la même solution. L'opération est assez douloureuse, mais le malade se sent mieux et il passe la nuit bien éveillé. Nuit suivante, retour progressif du coma qui entraîne la mort. A l'autopsie, œdème universel de la pie-mère et du cerveau. Nombreux foyers caséeux dans les poumons. Pancréas ayant subi l'atrophie fibreuse sauf au niveau de la tête; son canal excréteur est fortement calcifié et présente des anfractuosités. J. B.

Ueber Amylenhydrat als Schlafmittel (L'hydrate d'amylène comme narcotique), par AVELLIS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 10, 1888).

Les résultats obtenus chez 40 malades à la clinique de Riegel, à Giessen, sont fort encourageants.

L'hydrate d'amylène a une action moins énergique que le chloral, mais plus forte que la paraldéhyde; il provoque le sommeil sans excitation préalable. En se réveillant, les sujets ne conservent ni malaise ni trouble de l'intelligence. Il suffit de 2 ou 3 grammes pour obtenir un sommeil de 6 ou 8 heures. Pas de modification de la pression sanguine ni de la respiration sous l'influence de ce remède.

L'hydrate d'amylène est soluble dans l'eau; goût et odeur désagréables. Dose moyenne, 2 grammes. On peut l'administrer en lavements, à la dose de 3 grammes; le résultat est rapide.

Pas d'action sur la toux. L. GALLIARD.

Recherches expérimentales relatives à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et à leur élimination par cette sécrétion, par J.-L. PREVOST et Paul BINET (*Revue médic. Suisse romande, VIII,* 249, 313 *et* 377, *mai, juin et juillet* 1888).

Les plus grandes divergences règnent entre les auteurs relativement à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire. D'un côté, Roehrig (*R. S. M.*, II, 543) et Rutherford (*R. S. M.*, VII 529; X 493; XI, 496 et XIV, 108), sans être absolument d'accord, admettent qu'il existe des cholagogues; de l'autre, Baldi (*R. S. M.*, XXIII, 434) et Paschkis sont arrivés au contraire à des résultats absolument négatifs.

Prevost et Binet ont repris la question sur des chiens auxquels ils ont pratiqué des fistules biliaires permanentes, mais sans les curariser. Voici leurs conclusions :

1° En confirmation des travaux de Roehmann (*R. S. M.*, XXII, 29), nos animaux porteurs de fistule biliaire ont pu être maintenus en bonne santé, en excluant de leur régime les graisses qui passent presque entièrement dans les selles.

2° La quantité de bile augmente un peu avec l'alimentation après l'ingestion de peptones surtout. La graisse n'a pas produit d'augmentation.

L'eau froide ou tiède n'amène une légère augmentation qu'aux doses de 150 à 200 centimètres cubes.

Les grands *lavements d'eau froide* préconisés récemment dans l'ictère (*R. S. M.*, XXIX 538; XXX 532) n'ont pas modifié la sécrétion biliaire.

3° Les substances diverses ingérées dans l'estomac ou injectées sous la peau peuvent se diviser en 4 groupes relativement à leur influence sur la sécrétion biliaire :

Groupe I. — Substances augmentant la sécrétion biliaire :

La *bile* est certainement le plus puissant cholagogue, qu'on la donne en nature ou en extrait. Prevost et Binet ont fait quelques expériences sur la toxicité de la bile en injections sous-cutanées. A dose suffisante (3 à 4^{cc} pour le rat; 6 à 10 pour le cobaye) la mort survient dans le collapsus et à l'autopsie on trouve l'intestin rempli de bile et de matières diarrhéiques, très liquides, souvent sanguinolentes. L'urine de-

vient parfois hématique. L'ingestion gastrique d'une dose ne dépassant pas 40 à 50 centimètres cubes a toujours été bien tolérée par le chien; une dose plus forte a produit des vomissements.

L'ingestion d'urée (une seule expérience) a provoqué, avec des troubles gastro-intestinaux graves, une augmentation assez considérable de la bile; l'essence de térébenthine et ses dérivés : terpinol et terpine, le chlorate de potasse, le benzoate et le salicylate de soude, le salol, l'évonymine, la muscarine (injection sous-cutanée).

Groupe II. — Substances n'amenant qu'une augmentation légère ou douteuse, inconstante :

Bicarbonate et sulfate de soude, chlorure de sodium, sel de Carlsbad, propylamine, antipyrine, aloès, acide cathartique, rhubarbe, hydrastis-canadensis, ipéca, boldo.

Groupe III. — Substances déterminant une diminution de la bile : Iodure de potassium, calomel, qui en l'absence de bile dans l'intestin colore les selles en vert (par formation de sulfure de mercure), fer et cuivre (en injection sous-cutanée), atropine (idem), strychnine (à dose toxique).

Groupe IV. — Substances sans action sur la sécrétion biliaire :

Phosphate de soude, bromure de potassium, chlorure de lithium, sublimé, arséniate de soude, alcool, éther, glycérine, quinine, caféine, pilocarpine, kairine, cytise, séné, colombo.

4° *Elimination.*— Prevost et Binet ont constaté dans la bile le passage des corps suivants :

Essence de térébenthine, terpinol, terpine, acide salicylique (trouvé également après l'ingestion de salol), bromure et iodure de potassium, chlorate de potasse, arsenic, fer (traces), plomb (traces), mercure (traces), caféine (probablement), fuchsine, cochenille, bile. Après l'ingestion de la bile de bœuf, la bile de chien présente une teinte plus verdâtre, émet à l'évaporation l'odeur musquée spéciale de la bile de bœuf et l'on y constate la présence d'acide glycocholique qui n'existe pas normalement dans la bile de chien.

D'autres corps ont été recherchés avec résultat négatif et ne paraissent par conséquent pas passer dans la bile dans les conditions des expériences et aux doses administrées :

Antipyrine, kairine, acide benzoïque (la bile ne contient pas non plus d'acide hippurique) quinine, strychnine, cuivre, lithium, urée.

En somme, l'élimination par la bile des médicaments introduits dans l'organisme est peu importante. Ils n'y passent généralement qu'en faible quantité comme P. Binet (*Thèse Paris,* 1884) l'a observé déjà pour la salive et la sueur. Ces 3 sécrétions sont bien inférieures à cet égard à l'urine. D'autre part, les matériaux qui constituent la bile, notamment les acides biliaires, trouvent dans le foie un lieu d'élimination élective.

Il n'y a pas de rapport constant entre l'élimination d'une substance par la bile et l'action qu'elle peut exercer sur l'activité de la sécrétion biliaire (*R. S. M.*, XV, 96; XXI, 90; XXIII, 441; XXVIII, 464 et XXIX, 27). J. B.

I. — Influence de l'antipyrine sur la chorée, par LEGROUX (*Bull. Acad. de méd.*, 27 *décembre* 1887).

II — Traitement de la chorée par l'antipyrine, par LEGROUX et DUPRÉ (*Rev. mens. de mal. des l'enfance, mars* 1888).

III. — *Idem*, **par OLLIVIER** (*Bull. Acad. de méd.*, 14 *février* 1888).

IV. — *Idem*, **par TEXIER** (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — Chorée de Sydenham, forme grave, guérison rapide par l'antipyrine, par LAURENCIN (*Lyon méd.*, 11 *mars* 1888).

VI. — Traitement de la chorée infantile par l'antipyrine, par DEVIC (*Province méd.*, 7 *avril* 1888).

VII. — *Idem*, **par HUCHARD** (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, *n°* 20, 1888).

VIII. — De l'antipyrine dans les maladies infantiles et le traitement de la chorée, par MONCORVO (*Ibidem*, 31 *mai* 1888).

I et II. — Legroux communique six cas de chorée guéris par l'antipyrine. A son avis, c'est un des moyens de traitement les plus rapides, les plus sûrs, les plus inoffensifs. Il administre l'antipyrine à la dose de 1 gramme, pour arriver à 3 grammes, dose efficace.

Dans un cas, une chorée datant de quatre mois, devenue générale depuis treize jours, est guérie en dix jours avec 30 grammes du médicament; une autre est guérie en dix-huit jours avec 48gr,50. Dans un cas, une récidive, survenue après douze jours, a demandé trente-six jours de traitement (100 grammes).

Dans un second travail, on trouvera réunies quatorze observations ayant donné des résultats identiques. D'une façon générale, la sédation n'arrive qu'après trois à six jours de traitement et l'absorption de 12 à 20 grammes d'antipyrine. Comme signes d'intolérance, Legroux et Dupré n'ont noté qu'un peu de gastralgie, quelques sueurs des extrémités et de légers érythèmes.

III. — Ollivier note un certain nombre d'insuccès et ne croit pas à l'efficacité constante de ce traitement. A. C.

IV. — Thèse inspirée par Legroux et contenant l'exposé des résultats obtenus par lui avec l'administration de l'antipyrine dans la chorée. Ces résultats ont été favorables dans l'immense majorité des cas. La dose quotidienne de 3 grammes suffit ordinairement pour calmer l'agitation choréique; elle est très bien tolérée par les enfants et peut être impunément administrée pendant plusieurs semaines de suite. P. MARIE.

V et VI. — Laurencin a guéri en trente jours une chorée grave; dose 2 et 3 grammes par jour. Devic n'a pas eu de résultats aussi marqués, mais il n'a jamais donné de doses aussi élevées; une seule fois 3 grammes.

VII. — Huchard, dans un cas de chorée datant de six mois, chez un garçon de 15 ans, n'a rien obtenu, malgré la dose de 5 grammes administrée pendant douze jours consécutifs.

VIII. — Moncorvo insiste sur la tolérance des enfants pour l'antipyrine. Il relate deux cas de chorées anciennes guéries, l'une après dix-sept jours (119 grammes d'antipyrine; le traitement fut continué pendant dix jours après la cessation des mouvements); l'autre après vingt-six

jours; l'enfant absorba 228 grammes d'antipyrine, dose moyenne 7 grammes par jour. Le traitement fut continué quelque temps à dose descendante, ce qui explique le chiffre élevé de la dose absorbée.

A. C.

Propriétés analgésiques de l'antipyrine dans la migraine et les tranchées utérines des suites de couche, par L. TOUIN (*Thèse de Bordeaux*, 1888).

La première partie de ce travail confirme simplement les études de G. Sée, sur l'action de l'antipyrine dans la migraine. La seconde fait connaître, d'après les observations de Rivière, de Bordeaux, que l'antipyrine à la dose de 1 à 2 grammes calme très nettement les tranchées utérines après les couches; que dans ce cas elle supprime la douleur sans supprimer la contraction de la matrice, circonstance des plus favorables à l'involution utérine; qu'elle s'élimine très rapidement par l'urine, mais ne passe pas dans le lait où le perchlorure de fer n'en révèle pas la moindre trace et par conséquent qu'elle ne peut être nuisible au nourrisson.

X. ARNOZAN.

Sull'uso terapeutico della creolina, par V. MARTINI (*Boll. della Sezione dei cultori delle scienze mediche nella R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, t. VI*, 1888).

La créoline est généralement bien tolérée à la dose de 1gr,50 à 2 grammes par jour en pilules; en solution ou en émulsion, à la même dose, elle cause une grande répugnance et provoque parfois des vomissements, mais jamais de diarrhée. Elle n'a pas d'action efficace sur le processus tuberculeux du poumon même à une période peu avancée, elle n'abaisse pas la température, ne fait pas disparaître des crachats les bacilles tuberculeux et ne modifie ni la quantité ni les caractères physiques de l'expectoration, ni la fréquence de la toux. Elle ne modifie pas non plus l'état général des maladies, ne supprime pas les sueurs et n'augmente ni l'appétit ni le poids du corps. A haute dose, elle produit une certaine amélioration dans les catarrhes intestinaux qui ne sont pas liés à de graves lésions des parois intestinales.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Die Anwendung von Coffeindoppelsalzen bei Lungenkrankungen (Emploi des sels doubles de caféine dans les affections pulmonaires), par TE GEMPT (*Berlin. klin. Woch., n° 25, p. 504, et n° 26, p. 527, 18 et 25 juin* 1888).

II. — Valeur des injections hypodermiques de caféine dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO (*Rev. génér. de clin. et thér.*, 22 *novembre* 1888).

I. — 1° L'emploi des sels doubles de caféine est indiqué dans le cours de la pneunomie fibrineuse aiguë dès que l'énergie du cœur commence à faiblir, que la pression du système aortique baisse, ou que le pouls présente soit une féquence insolite, soit des irrégularités;

2° On doit, autant que possible, commencer l'emploi de cette médication avant l'apparition des phénomènes de collapsus, afin d'en obtenir toute l'efficacité voulue.

3° On y recourra dès le début de la maladie, chez les individus débilités, chez les buveurs, les vieillards et chez les malades atteints d'affections cardiaques.

4° La caféine employée à propos et à doses convenables a pour effets de diminuer la fréquence du pouls et de la respiration, d'accentuer la pression artérielle, d'abaisser la température et de procurer un sentiment de bien-être. L'emploi de la caféine n'exclut, d'ailleurs, nullement celui des stimulants.

5° En cas de péril imminent, on administrera la caféine en injections sous-cutanées.

6° Après la période d'apyrexie, il n'est pas besoin de prolonger longtemps l'administration de la caféine.

7° Dans l'atélectasie, l'hypostase, l'emphysème et l'asthme pulmonaires, l'emploi des sels double de caféine se trouve indiqué dans les mêmes conditions que pour les maladies du cœur. J. B.

II. — Aucune médication n'est plus efficace pour combattre l'adynamie et l'hyposystolie cardiaque chez les jeunes sujets. Moncorvo l'a employée avec le plus grand succès dans la bronchite capillaire et la bronchopneumonie arrivées au degré extrême, avec collapsus pulmonaire, asphyxie imminente. Il injecte la solution de benzoate de soude et de caféine, 15 centigrammes chez les jeunes enfants, 25 à 30 centigrammes, chez les enfants un peu plus âgés. A. C.

I. — Ueber Acetphenetidin (De la phénacétine), par Fr. MÜLLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 613, 23 *juillet* 1888).

II. — Ueber das Phenacetin, par RUMPF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 457, 4 *juin* 1888).

III. — Sur l'acetphénitidine et l'acétanilide, par WARFVINGE (*Arsberättelse f. Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm, février* 1887).

I. — La phénacétine est un paramido-phénol, qu'on éthylise, puis acétylise. Elle n'est soluble que dans l'eau chaude. Le suc gastrique acide ni le ferment pancréatique alcalin ne l'altèrent et elle semble absorbée sans avoir été modifiée. Mais son groupe acétylé est dédoublé dans l'organisme; aussi dans l'urine c'est de la phénétidine qui apparait et qu'on décèle sous forme de composé diazoïque de la façon suivante : A l'urine additionnée de 2 ou 3 gouttes d'acide chlorhydrique et de la même quantité d'une solution au centième d'azotite de soude, on ajoute une liqueur alcaline de naphtol α jusqu'à forte réaction alcaline. Il se produit alors une superbe teinte rouge qui vire au violet par adjonction d'acide chlorhydrique. Au lieu de naphtol, on peut employer de l'acide phénique qui donne une coloration jaune dans la solution alcaline et rose dans la solution acide. L'urine des personnes traitées par la phénacétine devient souvent rouge violet lorsqu'on l'additionne de perchlorure de fer ; si on l'agite, elle passe au vert foncé. Cette urine, qui ne contient pas de glucose, est fortement réductrice; elle est d'autant plus lévogyre que le malade a pris davantage de médicaments; en même temps, sa teneur en acides sulfo-conjugués s'accroît.

Il y a aussi dans l'organisme dédoublement du groupe éthylé d'une partie de la phénacétine de sorte que celle-ci subit une transformation analogue à celle de l'antifébrine. L'urine des fébricitants soumis à l'usage de la phénacétine paraît renfermer d'autres combinaisons que celle des gens bien portants auxquels on l'a aussi administrée. Müller en a retiré

une matière colorante rouge cristalline qui, traitée par l'acide sulfurique concentré, prenait une teinte violette. La phénacétine ne paraît pas donner lieu dans le corps à la formation d'aniline, ce qui explique un danger moindre que l'acétanilide.

La phénacétine, dont la constitution est semblable à celle de l'antifébrine, a aussi des propriétés antipyrétiques très analogues.

Dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, les affections puerpérales, la tuberculose pulmonaire, des doses de 0,5 à 0,75 repétées dans un laps de temps variable de 1 à 4 heures, ramènent la température à la normale. La chute thermométrique est généralement accompagnée de sueurs, sans sensation désagréable. L'apyrexie dure jusqu'à 5 heures. Même avec des doses administrées d'heure en heure, on ne peut empêcher la réascension de la température. D'ailleurs, au bout de quelques jours, l'accoutumance au médicament devient telle qu'il faut en porter la dose à 8 grammes par jour. Ces doses si considérables ont amené chez 2 femmes de la cyanose et de la méthémoglobinurie qui ont d'ailleurs disparu après la cessation de la phénacétine.

Müller n'a remarqué aucune influence sur la marche des maladies. Les phénomènes accessoires sont insignifiants. La substance est insapide, ne trouble que très rarement les fonctions stomacales, mais provoque parfois de la diarrhée. La phénacétine peut être donnée à la dose quotidienne de 5 grammes sans inconvénients. Elle est efficace contre les céphalalgies tenant à des affections génitales féminines ou à des affections cardiaques ; de même contre la migraine, où il faut l'administrer à doses plus considérables (2 à 4 grammes).

Müller n'en a rien obtenu dans les céphalées liées à des affections organiques du cerveau, dans l'urémie, dans l'ataxie locomotrice (crises douloureuses) et dans la chorée.

Au contraire, il l'a prescrite avec plus d'avantages dans 23 cas de *rhumatisme articulaire* : 13 fois la phénacétine a fait cesser la fièvre immédiatement, les douleurs et le gonflement des jointures dans l'espace de 2 à 5 jours; 4 fois elle a déterminé une simple amélioration et 6 fois elle s'est montrée inefficace.

Quant aux propriétés antiseptiques de la phénacétine, elles sont à peu près nulles, ce qui confirme l'opinion toujours soutenue par Müller que l'action antipyrétique d'une substance ne peut s'expliquer par la destruction des agents infectieux.

Michaelis a employé avec profit la phénacétine aux doses de 0,25 à 0,75 par jour, chez 3 enfants atteints de *coqueluche*. J. B.

II. — Rumpf conclut des expériences thérapeutiques qu'il a faites sur cette substance :

1° La phénacétine est un *antipyrétique* sûr, ne provoquant aucun phénomène concomitant désagréable, lorsqu'on l'administre à la dose de cinquante centigrammes chez l'adulte et de vingt ou vingt-cinq centigrammes chez l'enfant.

2° A la dose de 1 gramme, la phénacétine, peut être recommandée comme *antinévralgique :*

a) Dans toutes les névroses vaso-motrices;

b) Contre les douleurs lancinantes de l'ataxie locomotrice et contre les névralgies des névrites chroniques.

c) Comme calmant dans les formes les plus diverses de névralgies.

J. B.

III. — L'acetphénétidine a été administrée à 59 malades (fièvre typhoïde, érysipèle, pneumonie, rhumatisme...) à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. L'abaissement de la température est lent et atteint 2° ; dans la moitié des cas, il y a eu des sueurs abondantes. La température remonte au bout d'une heure et, dans un tiers des cas, avec frisson. Warfvinge n'a jamais vu de collapsus ni de cyanose. Il considère ce médicament comme égal à l'antipyrine et à l'antifébrine dans le rhumatisme, mais inférieur à l'acide salicylique.

L'acétanilide a été donnée à 187 malades (41, fièvre typhoïde). A la dose de 25, 50 centigrammes, l'abaissement de la température est notable et se maintient 7 à 8 heures. Dans le rhumatisme (58 cas), il s'est montré inférieur à l'acide salicylique. L'acétanilide est un des meilleurs antipyrétiques et préférable, en raison des faibles doses à donner, à l'antipyrine.

A. C.

I — Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung (De l'action du sulfonal), par J. SCHWALBE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 25. *p.* 499, 1888).

II. — Sulfonal, par EWALD (*Berlin. klin. Woch*, *n°* 25, *p.* 516, 18 *juin* 1888).

III. — Einige Bemerkungen über die Wirksamkeit des Sulfonals, par James FRAENKEL (*Ibidem*, 23 *juillet* 1888).

IV. — Hyoscin und Sulfonal (Hyoscine et sulfonal), par SALGO (*Wien. med. Wochenschrift*, *n°* 22, 1888).

I. — Schwalbe a prescrit le sulfonal à 50 sujets atteints des affections les plus diverses; chez 33 sujets, il a obtenu assez rapidement le sommeil. Le succès a été particulièrement remarquable dans les cas d'insomnie purement nerveuse, moins complet dans les cas de troubles organiques; aussi peut-on dire que le sulfonal est plutôt un hypnotique qu'un narcotique.

Le sulfonal ne modifie ni la température, ni le pouls, ni la respiration : aussi le préfère-t-on à la morphine et au chloral dans les affections fébriles (pneumonie, fièvre typhoïde) et dans toutes les maladies où l'on peut redouter l'affaiblissement du cœur. On le prescrit utilement aux enfants.

Pour les adultes, la dose est de 1 ou 2 grammes.

Dans six cas seulement, on a noté, sous l'influence du médicament, des accidents légers et passagers : vertige, céphalée, malaise, vomissements, diarrhée.

L. GALLIARD.

II. — Le sulfonal a son maximum d'efficacité pour l'insomnie résultant des troubles fonctionnels du système nerveux ou de psychoses. Il a peu ou point d'action sur l'insomnie tenant à des affections organiques (cœur, artériosclérose, emphysème, etc.)

Sa lente élimination ressort de ce fait qu'une aliénée âgée, après en avoir pris 2 grammes, restait chaque fois 2 jours plongée dans la somnolence. (*R. S. M.*, XXXII, 483.)

J. B.

III. — Fraenkel a administré à un certain nombre d'aliénés et d'individus sains le sulfonal pour combattre des insomnies.

Tout en constatant la réalité de l'action soporifique de ce médicament, il a noté, chez plusieurs personnes, un phénomène secondaire désagréable. Le lendemain de l'administration du sulfonal, toute la journée durant, la lassitude était extrême, les membres étaient comme brisés et la tête était lourde.

Dans ces expériences, Fraenkel s'est servi du sulfonal de Riedel qui est plus amer que celui de Beyer; il l'a d'ailleurs fait prendre à ses malades aux mêmes doses. (*R. S. M.*, XXXII, 483 à 485.) J. B.

IV. — Salgo n'a employé que le chlorhydrate d'hyoscine en solution à 2 0/0 avec laquelle il injectait une demi-seringue de Pravaz sous la peau. Dans ces essais, Salgo n'a cherché qu'à calmer le symptôme d'exaltation de quelque nature qu'il fût; chez la plupart des malades, on avait essayé en vain la morphine, le chloral, la paraldéhyde.

Plus tard, l'auteur l'a employé dans les cas d'agitation continue. Les injections ne produisaient aucune douleur locale, ni aucun symptôme pénible. Après plus de cent injections, Salgo peut affirmer qu'il n'existe pas de médicament dont l'action vaille celle de l'hyoscine. Cette substance n'agit pas précisément comme un hypnotique, elle ne fait que calmer l'agitation, la surexcitation intellectuelle. L'effet n'en est pas immédiat dans le plus grand nombre des cas, mais s'observe au bout de 2 minutes.

Le sulfonal agit à la dose de 1 à 3 grammes, produit le sommeil une demi-heure après son administration; celui-ci dure de 6 à 8 heures. Son absence de saveur doit le faire préférer au chloral et à la paraldéhyde. BARBE.

Ueber Amylenhydrat, par M. LAVES (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 415, 21 *mai* 1888).

L'hydrate d'amylène a été essayé chez 50 malades atteints d'insomnie fébrile ou non; on l'administrait soit en potion à la dose de 3 grammes, soit en lavements aux doses de 3 à 5 grammes. Il a fait dormir un ictérique tenu éveillé par des démangeaisons et n'a guère échoué que contre l'insomnie des cardiaques.

En résumé, comme soporifique, l'amylène peut être placé entre la paraldéhyde et le chloral. Sur la paraldéhyde, il l'emporte par son absence d'odeur et de saveur désagrables, ainsi que par la sûreté de son action. En revanche, ses propriétés hypnotiques sont un peu inférieures à celles du chloral, et il faut employer l'amylène en dose double ou triple; mais le sommeil provoqué par l'amylène est plus réparateur et est suivi d'un réveil plus agréable.

Il est très rare que l'amylène donne lieu à quelques phénomènes désagréables d'excitation ou d'ébriété; jamais il ne détermine d'accidents inquiétants. Malgré l'accoutumance, au bout 3 mois, on obtient encore les mêmes résultats avec les mêmes doses (*R. S. M.*, XXXII, 101). J. B.

De la colique de plomb et de son traitement par les projections rectales d'éther, par C.-P. AUBRY (*Thèse de Bordeaux*, 1888).

La projection d'éther dans le rectum, suivant la méthode de Corre et de Duchâteau, calme rapidement la douleur de la colique saturnine et favorise l'action des purgatifs contre la constipation. Elle peut être em-

ployée dans les cas où les vomissements empêchent d'autres médications. Elle se fait à l'aide d'un flacon gradué fermé par un bouchon de liège que traverse un tube en caoutchouc ; à ce tube est ajustée une canule d'irrigation. Le flacon contenant l'éther est plongé dans l'eau tiède. L'éther ne tarde pas à se volatiliser et l'on introduit alors la canule dans l'anus du malade. 1 gramme à 1gr,50 d'éther suffit pour chaque projection. (5 observations personnelles.) X. ARNOZAN.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Congrès pour l'étude de la tuberculose (*Semaine méd., août* 1888).

Nous résumons les principales questions discutées dans cette réunion :

1° *Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux ; moyens de les prévenir.*

Nocard pense que l'usage du lait des animaux tuberculeux est surtout nuisible, car les bacilles se trouvent contenus dans le liquide sécrété par les mamelles malades et il est difficile souvent de faire le diagnostic des mammites tuberculeuses. Quant au suc musculaire, il n'est que rarement susceptible de pouvoir déterminer la tuberculose, car, en admettant même que, dans quelques cas rares, des bacilles de Koch y soient contenus, ceux-ci sont rapidement détruits.

Arloing pense que la virulence du suc musculaire est plus grande que ne le pense Nocard ; il est plus radical que lui au point de vue des mesures prophylactiques et désirerait que la consommation de la viande des animaux tuberculeux, quelque bonne apparence de santé que ceux-ci puissent avoir, fût absolument interdite.

Bang a fait de nombreuses expériences sur la virulence du lait des animaux tuberculeux ; le lait n'est que rarement virulent, lorsque les mamelles ne sont pas malades elles-mêmes.

Le Congrès se prononce pour la saisie et la destruction totale de toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux.

2° *Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.*

Tuberbulose et impaludisme. — De Brun (de Beyrouth) croit à la grande résistance des impaludiques à la tuberculose ; il y a là réel antagonisme, ainsi que semble en témoigner un relevé d'observations nombreuses.

Hérédité de la tuberculose animale. — Galtier est arrivé à cette conclusion que la tuberculose peut parfois se transmettre directement de la mère au fœtus, mais que cette transmission est un fait plutôt rare.

Arloing, de son côté, est arrivé à déterminer chez de jeunes cobayes, des lésions scrofuleuses, par inoculation de produits scrofuleux à la mère.

Hérédité de la tuberculose chez le cobaye. — Solles, dans une expé-

rience longuement poursuivie, a pu voir que la tuberculisation de jeunes cobayes, issus de parents tuberculeux, était le plus souvent un fait tardif.

Hérédité de la tuberculose dans les familles. — *Ferrand*, par des observations cliniques, est arrivé à cette conclusion que la contagion joue un rôle infiniment moindre qu'on ne l'a dit et que l'hérédité de la tuberculose est, au point de vue de la transmission de cette maladie, un facteur beaucoup plus important.

De la première enfance envisagée comme milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose. — *Landouzy* pense que la tuberculose du premier âge est infiniment plus fréquente qu'on ne le suppose, mais elle prend des allures cliniques et anatomiques différentes de celle de l'adulte, se manifestant souvent sous forme de bronchopneumonies d'apparence commune ; l'examen bactériologique seul peut en révéler la nature, car l'on ne trouve pas toujours de véritables granulations tuberculeuses ; il s'agit, en un mot, d'une sorte de tuberculose prégranulique.

La propagation de la tuberculose dans le jeune âge se fait surtout par voie alimentaire ; il faut tenir compte aussi de l'hérédité et cette transmission tuberculeuse se fait directement à la manière de la syphilis ; il y a contamination directe de l'ovule ou du spermatozoïde.

Il a vu ainsi devenir tuberculeux 4 enfants nourris au sein, dont la mère était saine et le père tuberculeux, quoique ce dernier vécût éloigné des siens ; il faut bien admettre une contagion conceptionnelle du spermatozoïde sur l'ovule.

Origine alimentaire de la tuberculose chez l'enfant. — *Legroux* pense que l'alimentation par le lait non bouilli d'animaux tuberculeux est une cause fréquente de tuberculose infantile.

Opportunité tuberculeuse héréditaire et acquise. — *Landouzy* pense que les individus à la peau fine et blanche, aux cheveux roux, qui représentent ce qu'il a désigné sous le nom de *type vénitien*, sont plus que d'autres sujets à se tuberculiser ; il en est de même des individus préalablement *variolisés*; sur 300 individus variolisés qu'il a observés, il n'en a trouvé que 10 qui n'étaient pas tuberculeux.

Résistance des poules à la tuberculose par ingestion. — *Straus et Wurtz* ont nourri pendant fort longtemps des poules avec des crachats tuberculeux, sans que, après bien des mois, elles aient présenté, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses. Quoique la contagion, chez les gallinacés, par les voies digestives, soit probable, il est évident cependant que ces animaux sont très réfractaires à la tuberculose par ingestion.

3° *Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie : mesures prophylactiques.*

Persistance des germes de la tuberculose dans l'eau de rivière. — *Chantemesse et Widal* ont constaté que, dans de l'eau de Seine stérilisée et laissée entre 8° et 12°, les germes de la tuberculose se sont conservés vivants pendant 50 jours ; dans de l'eau de Seine stérilisée, entre 15° et 18°, ils se sont maintenus vivants pendant 70 jours.

S'ils persistent si longtemps vivants dans l'eau de rivière, les bacilles de Koch cependant perdent leur virulence ; en effet, les inoculations de Chantemesse et Widal sont restées négatives, que les bacilles fussent trop disséminés dans l'eau ou qu'ils subissent une réelle atténuation dans de l'eau relativement froide.

Sur la généralisation de la tuberculose expérimentale. — Dans une série d'expériences, *Jeannel* est arrivé aux résultats suivants : si on pratique l'amputation d'un membre inoculé avec de la matière tuberculeuse, l'animal n'en devient pas moins tuberculeux ; dès la seizième heure après l'inoculation, le sang contient déjà des principes virulents. Il ne faut donc pas trop parler, en chirurgie, de tuberculoses localisées ; ce traitement ne peut s'adresser qu'aux complications de septicité et non à la tuberculose elle-même qui est susceptible d'un traitement médical.

De l'action du suc gastrique sur le bacille de la tuberculose. — *Straus et Wurtz* ont cherché à savoir à quel point le bacille de Koch résistait à l'action du suc gastrique ; ils sont arrivés aux résultats suivants : le suc gastrique pur, agissant *in vitro*, ne détruit la virulence des bacilles qu'après six heures ; mais, lorsqu'il s'agit de matières tuberculeuses ingérées dans l'estomac, alors que celles-ci ne séjournent que peu de temps dans ce viscère, que l'action du suc gastrique est infiniment moins énergique, il serait chimérique de compter, chez l'homme, sur l'intervention du suc gastrique pour le garantir contre le danger de l'ingestion de produits tuberculeux.

De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. — *Jeanselme* rapporte plusieurs observations de lésions superficielles de la peau, et surtout de diverses variétés de lupus s'étant développées au niveau même de l'orifice de trajets fistuleux déterminés par des lésions tuberculo-scrofuleuses profondes. Il s'agissait de véritables auto-inoculations à manifestations cliniques variables.

Du tubercule anatomique. — *Barthélemy* ne pense pas que le tubercule anatomique soit toujours une lésion tuberculeuse, déterminée par le bacille de Koch ; il peut être déterminé par divers organismes infectieux. Cette opinion est appuyée par *Villemin*. *Chauveau* a cherché à pratiquer des inoculations tuberculeuses sous l'épiderme du veau, mais sans grand succès ; il semble que la voie sous-épidermique ne soit pas favorable à la pullulation du virus tuberculeux. On s'explique ainsi pourquoi les individus porteurs de tubercules anatomiques sont si rarement atteints de lésions tuberculeuses d'ordre différent.

Essais de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal. — *Valude* n'est pas arrivé dans ses expériences à déterminer la tuberculisation par l'intérieur du sac lacrymal ; il est probable que le liquide lacrymal contient ou des principes chimiques ou des micro-organismes d'une nature telle que le bacille est détruit par eux.

Tuberculose des glandes salivaires. — *Valude* pense que, si les lésions tuberculeuses de la bouche sont si rares, c'est qu'il existe, dans la cavité buccale, un obstacle à la pullulation du bacille spécifique, obstacle dû probablement à l'accumulation de micro-organismes de toute espèce. En effet, l'inoculation directe des glandes salivaires réussit dans la majorité des cas.

Sur la contagion de la tuberculose par les muqueuses. — Cornil a démontré expérimentalement que la tuberculisation des muqueuses se produit par simple contact, sans qu'une solution de continuité soit nécessaire ; dès le sixième jour, après l'introduction dans les voies digestives, d'une culture de bacilles tuberculeux, on constate déjà, du côté de l'intestin, quelques lésions histologiques, accumulation de cellules lympha-

tiques entre les glandes, quelques lésions ganglionnaires, sans que l'épithélium soit, en quoi que ce soit, altéré.

La tuberculisation expérimentale des voies génitales permet de constater des lésions spécifiques, alors que les parties superficielles ne présentent que des lésions catarrhales.

Les muqueuses recouvertes d'épithélium pavimenteux stratifié ne forment pas non plus une barrière infranchissable pour les bacilles, puisque des cellules migratrices, pouvant les contenir, peuvent pénétrer au travers d'elles.

Moyens locaux et généraux capable d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale. — *Arloing* est arrivé à des résultats à peu près identiques à ceux de Jeannel : l'extirpation, même hâtive, d'un foyer d'inoculation tuberculeuse n'empêche pas l'animal inoculé de devenir tuberculeux.

On a espéré empêcher l'évolution de la tuberculose vraie par l'inoculation d'une tuberculose atténuée, mais, jusqu'à présent, on n'est arrivé à aucun résultat. En outre, l'antagonisme de certains micro-organismes, de celui de la fièvre typhoïde en particulier, avec le bacille de Koch, n'est pas démontré.

4° *Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme.*

De l'inoculation aux animaux comme élément de diagnostic de la tuberculose à son début. — *Arloing* a constaté que les adénites scrofulo-tuberculeuses sont loin de donner toutes les mêmes résultats lorsqu'on inocule à des animaux, aux lapins ou aux cobayes, leurs produits de suppuration ; les uns déterminent rapidement l'évolution d'une tuberculose typique, les autres restent sans action bien appréciable sur les animaux mis en expérience. Il est fort utile d'inoculer lapins et cobayes avec le même produit, car ces animaux sont loin de présenter une même susceptibilité au virus tuberculeux ; souvent même, pour un produit identique, le lapin résiste alors que le cobaye succombe.

Ces inoculations sont utiles, en ce qu'elles peuvent fournir d'importante indications pronostiques ; dans plusieurs observations, on a pu prévoir, par les résultats expérimentaux, la marche de la maladie.

Il s'agit évidemment d'un même virus, dans les deux cas, mais à des degrés d'atténuation différents.

Verneuil pense que l'inoculation intra-péritonéale au cobaye d'un produit suspect est le meilleur moyen pour reconnaître la nature tuberculeuse ou le degré de virulence de celui-ci (Voir aux *Rens. Bibl.* TUBERCULOSE la nomenclature des autres communications). W. ŒTTINGER.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, par VERNEUIL (*Tome II, fasc.* 1, *Paris*, 1887).

1° La *tuberculose du premier âge*, par Henri Leroux. — Recherches faites sur 214 observations inédites de Parrot, autopsies portant sur des enfants au-dessous de 2 ans, morts de tuberculose. Trois fois seulement le poumon était indemne, 50 fois le poumon était seul atteint; des tubercules ont été rencontrés 101 fois dans la rate, 82 fois dans le foie, 72 fois dans les intestins, 41 fois dans les reins, 32 fois dans les méninges, 13 fois dans l'encéphale, 12 fois dans le péritoine, 10 fois dans le péricarde, 8 fois dans les os, 4 fois dans le cœur et les capsules surrénales,

3 fois dans le thymus, 2 fois dans l'estomac et la choroïde oculaire, 1 fois dans le corps thyroïde et les trompes ovariennes.

2° Sur la *tuberculose des organes génitaux* de la femme, par V. Cornil. — Exceptionnelle dans les culs-de-sac vaginaux et sur le col, la tuberculose utérine a son siège le plus habituel dans les trompes et le corps. Elle coïncide toujours avec des lésions du poumon ou du péritoine, et n'est pas très fréquente (1 cas environ sur 40 ou 50 femmes phtisiques). Au début, on ne trouve que quelques rares follicules tuberculeux avec endométrite végétante; plus tard, les follicules agglomérés infiltrent la muqueuse qui présente une dégénérescence caséeuse totale. L'écoulement est alors assez caractéristique : mucus épais, crémeux, blanc jaunâtre, avec grumeaux opaques et caséeux. La marche de la tuberculose dans le corps et les désordres anatomiques qui en résultent sont analogues avec ceux de la salpingite tuberculeuse (*R. S. M.*, XXXIII, 175); les cellules géantes siègent au sommet des plis et villosités ou dans le tissu conjonctif de ces plis; les phénomènes inflammatoires, les modifications des cellules épithéliales sont identiques.

3° Sur l'*injection de matière tuberculeuse* en quantités croissantes, par V. Cavagnis.

4° De l'*antagonisme entre le bacterium termo et le bacillus tuberculosus*, à propos de bactériothérapie, par Pierre de Toma. — L'action du bacterium termo est nulle; c'est la putréfaction qui détruit la virulence de la matière tuberculeuse. (Voy. p. 58.)

5° *Influence de l'érysipèle* de l'homme sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye, par E. Solles. — L'érysipèle ralentit notablement l'évolution de la tuberculose chez le cobaye; dans la zone de l'exanthème, elle favorise la résolution de l'induration du tissu conjonctif, de l'ulcération et des adénites.

6° *Recherches expérimentales sur la vaccination et la guérison de la tuberculose*, par Fernand Berlioz. — Atténuation par inoculation aux pigeons par l'action de la chaleur, par les antiseptiques; insuccès.

7° *Scrofulo-tuberculose de la peau*, par A. Morel-Lavallée. (Voy. plus loin, p. 181.)

8° Un *mot sur les formes pneumoniques de la tuberculose*, par J. Renaut. — Renaut soutient qu'en dehors de la granulation, il existe une inflammation spécifique tuberculeuse comme le nodule lui-même : c'est l'inflammation tuberculeuse intercalaire, caractérisée d'une façon générale, par de grosses cellules avec exsudat fibrineux, avec tendance dégénérative quand les îlots d'inflammation sont compacts, rapprochés. Si, au contraire, ces éléments de l'inflammation intercalaire sont disséminés, on voit survenir l'inflammation banale, fibro-formative, enveloppant ces éléments de zones fibreuses.

Cet état se traduit, dans le poumon, par une forme anatomique et clinique spéciale, la pneumonie tuberculeuse lobaire à granulations confluentes, ayant une tendance à la caséification en masse et ne différant de la pneumonie classique que par certains signes (durée de l'expectoration rouillée, discordance des signes physiques et de l'allure de la maladie, œdème des membres inférieurs, présence de bacilles, sans que ce signe soit constant).

9° Note *sur la pneumonie tuberculeuse lobaire*, par Ph. Riel. — Dé-

veloppement des idées de Renaut, que l'auteur avait déjà fait connaître dans sa thèse (*Thèse de Lyon*, 1888.)

10° Sur un *ulcère tuberculeux* de l'avant-bras survenu par inoculation accidentelle, par L. Avendaño. — Accidents graves, auto-infection par voie lymphatique, infiltration du sommet du poumon, présence de bacilles... Suspension de la marche de la maladie.

11° Un fait d'*inoculation tuberculeuse* chez l'homme, par Tuffier. — Sur une plaie contuse.

12° *Etude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose*, par P. Villemin. — Le lecteur devra se reporter au travail original. Les recherches de Villemin ont porté sur plus de 130 corps chimiques; il est impossible de résumer, même sommairement, cette étude importante.

13° *Traitement de la phtisie pulmonaire par l'acide fluorhydrique*, par Lépine et Paliard.

14° *Idem*, par Cochez et Moreau. (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 102.)

15° *Le tanin dans la tuberculose des os et des articulations*, par Andrea Ceccherelli. — Etude expérimentale et clinique qui confirme le pouvoir antiseptique et la valeur antituberculeuse du tanin. 27 observations de lésions tuberculeuses variées des os et des articulations traitées avec succès par le tanin en pansement et à l'intérieur (2 à 3 gr.). C... préfère cet agent à l'iodoforme.

16° Etude *sur le traitement étiologique de la tuberculose par le tanin*, par F. Raymond et G. Arthaud. — Note sur l'administration du tanin dans la période où les désordres ne sont pas irréparables, la seule où l'on puisse avoir chance de succès, et sur le mode d'administration.

17° *Tuberculose buccale*, par Kiener et Forgue. (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 227.)

18° *Traitement de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose de l'épididyme et du testicule*, par A. Verneuil. — V... est d'avis de ponctionner ces hydrocèles et de faire des injections d'iode ou d'autres antiseptiques; 2 cas ainsi traités lui ont montré que ce procédé avait enrayé la marche de la tuberculose génitale.

19° Index bibliographique des travaux publiés, en 1887, sur la tuberculose, par L.-H. Petit. A. CARTAZ.

I. — Etude sur la diphtérie, par COUSOT (*In-8°, Bruxelles*, 1888).

II. — An adress on the etiology of diphtheria, par Edg. BARNES (*Brit. med. j.*, *p.* 167, *juillet* 1888).

III. — Relations de la diphtérie de l'animal avec celle de l'homme, par DELTHIL (*Soc. de méd. pratique*, 8 *février* 1888).

IV. — On malignant diphtheria, par Dyce DUCKWORTH (*St-Bartholomew's hosp. Reports, XXIII, p.* 13, 1887).

V. — A method of prophylaxis in diphtheria, par H. CAILLÉ (*N. York Acad. of med.*, 19 *janvier* 1888.)

I. — Après avoir passé en revue les recherches sur la nature de la diphtérie, sur l'élément spécifique de cette maladie, Cousot discute la question de savoir si la plaque diphtéritique est le premier facteur d'une

intoxication générale ou s'il s'agit d'une maladie générale à manifestations locales. Les deux modes pathogéniques peuvent être soutenus suivant les cas. La gravité de certaines formes tient vraisemblablement à la pénétration dans l'organisme d'alcaloïdes dérivés des matières protéiques, de la double source d'empoisonnement sur place par résorption des agents septiques, à distance par l'air chargé de particules toxiques à son passage dans les narines, la gorge.

Cousot a employé avec grand succès, comme en témoigne sa statistique (diphtérie confirmée, 281 cas, 11 morts; 9 croups, 2 morts), la médication tannique; toutes les 2 heures injections buccales et nasales d'une solution mucilagineuse de tanin à 10 0/0. A. CARTAZ.

II. — Travail statistique considérable, accompagné d'une carte montrant la distribution respective de la scarlatine et de la diphtérie dans la Grande-Bretagne. Les conclusions sont que la diphtérie diffère des autres maladies zymotiques en plusieurs points :

1° Dans la majorité des cas, on ne peut remonter à un malade initial comme point de départ de l'épidémie, alors que l'investigation est facile pour les varioleux, morbilleux, etc. ;

2° La diphtérie a une exacerbation annuelle pendant les mois d'hiver, époque où les ferments morbides ont le moins d'activité;

3° Alors que les maladies infectieuses sévissent avec plus de violence dans les villes que dans les campagnes, c'est l'inverse pour la diphtérie;

4° Dans les autres maladies spécifiques, on ne trouve jamais de période prémonitoire de maladie ébauchée, tandis que très fréquemment les épidémies de diphtérie sont précédées de maux de gorge non couenneux en apparence.

Barnes en conclut que le poison diphtérique se développe graduellement en vertu de conditions sanitaires défectueuses, plutôt que par germination d'un ferment bacillaire défini. H. R.

III. — Relation de 13 observations où la diphtérie semble avoir été prise par contagion, de contact ou à distance, de diphtérie chez des volailles. Delthil considère comme probablement identiques la diphtérie de l'homme et celle des animaux; la transmissibilité de l'un à l'autre semble prouvée par bon nombre de faits. A. C.

IV. — 1° Jeune homme de 19 ans, robuste, fatigué depuis 8 jours : épistaxis et léger crachement de sang, abattement et anémie. Il arrive à l'hôpital avec de la fièvre; sur la voûte palatine se voient des taches hémorragiques; sur l'amygdale droite une plaque blanchâtre, d'apparence gangréneuse, d'odeur fétide, gencives fongueuses et sanguinolentes, taches de purpura disséminées sur les membres et l'abdomen, sang pauvre en globules, sans leucocytose.

Le lendemain, hémorragie rétinienne, écoulement incessant de sang par le nez et les gencives; cette hémorragie persiste les jours suivants, en même temps que s'accroît la plaque gangréneuse de l'amygdale. Mort le 6e jour. Autopsie négative : pas de lésions de la rate ni des reins.

2° Enfant de 4 ans 1/2. Début par des maux de tête et un vomissement. Haleine fétide, lèvres fendillées, sanguinolentes, écoulement sanguin par les narines, plaques pseudomembraneuses sur le voile du palais. Taches pourprées sur les membres. Malgré un traitement actif (pulvérisations phéniquées, perchlorure de fer à l'intérieur, injections nasales de permanganate de potasse), le mal fait des progrès, les deux amygdales s'ulcèrent et se gangrènent, la mort arrive au bout de 48 heures. A l'autopsie, pseudomem-

branes trachéales et bronchiques, ecchymoses pleurales et taches hémorragiques pulmonaires : pas de lésions rénales ni ganglionnaires.

Duckworth considère ces formes comme l'expression maximum de la malignité de la diphtérie, et les rapproche de ce qui se passe dans les scarlatines malignes, les varioles infectieuses et l'endocardite ulcéreuse. H. R.

V. —Persuadé que la moindre irritation, inflammation catarrhale de la gorge ou du nez prédispose à la contagion diphtéritique, Caillé recommande de faire soigner les dents cariées des enfants, de nettoyer quotidiennement avec soin la bouche et la gorge avec une solution faible de permanganate ou une solution saturée d'acide borique. A. C.

Contagion de la pneumonie, par NETTER (*Archives générales de médecine, mai, juin et juillet* 1888).

La contagion de la pneumonie, habituellement faible, peut devenir très marquée sous des influences encore mal déterminées. La contagion peut avoir lieu de diverses manières : elle peut s'opérer directement ou par l'intermédiaire d'objets quelconques (vêtements, draps de lit, etc.). Dans certains cas, le contage peut être transporté par une personne saine qui reste elle-même indemne de pneumonie. Enfin la contagion peut se faire à distance, mais à faible distance, car le contage pneumonique paraît peu diffusible.

La persistance de la virulence de contage pneumonique peut être prolongée ! Dans une observation de Heer, le contage a gardé sa virulence pendant 5 semaines. Cette résistance du contage explique la contagion après la terminaison de la période aiguë de la pneumonie, les cas éloignés de pneumonie dans une même maison, dans une même famille; cela permet de comprendre qu'on puisse voir des intervalles de trois années entre divers cas de pneumonie dans le même milieu. L'étude expérimentale du contage vient d'ailleurs à l'appui de ces données cliniques, en montrant que le microbe pneumonique peut résister un certain temps à la dessiccation et rester actif en dehors du corps humain. La persistance de pneumocoques actifs dans la salive de personnes guéries de pneumonie, donne la raison de ces cas de contagion à longue échéance.

L'incubation de la pneumonie est latente; elle ne se révèle par aucun symptôme. La période d'incubation a une durée moyenne de cinq jours environ. La maladie est peut être contagieuse pendant cette période d'incubation.

La qualité du contage ne paraît jouer qu'un rôle peu important au point de vue de la durée de l'incubation pneumonique. Il n'en est pas de même de la quantité. Un contact intime avec un pneumonique paraît abréger la période d'incubation. — Le refroidissement peut être considéré comme abrégeant la durée de l'incubation.

Les récidives de la pneumonie mises hors de conteste par de nombreuses statistiques, en particulier par celle de l'auteur portant sur 100 pneumoniques, sont explicables par la contamination durable des objets qui ont entouré une personne atteinte de pneumonie, de l'atmosphère où il a vécu, et aussi par ce fait qu'une personne, guérie de pneumonie, recèle indéfiniment des pneumocoques susceptibles de déterminer des effets pathogènes. Le long intervalle qui sépare une première pneumonie de sa ré-

cidive, s'explique par une immunité temporaire conférée par la première atteinte. L'immunité après la première pneumonie dure ordinairement de 4 à 5 ans. Chaque attaque nouvelle confère à son tour une nouvelle immunité temporaire. Mais la durée de celle-ci va en décroissant, de sorte que les intervalles vont chaque fois en diminuant. RICHARDIÈRE.

Traité de l'empyème, par L. BOUVERET (*In*-8° 880 *p.*, *Paris*, 1888).

Il n'existe pas un type unique d'empyème; chaque cas ressortit d'un certain nombre de formes cliniques. Telle est la thèse que l'auteur soutient et démontre dans cet ouvrage d'une précieuse valeur, tant par la richesse des documents bibliographiques que par la judicieuse critique.

Rapprochant ses observations personnelles de toutes celles qui ont été publiées jusqu'ici, au moins dans ces derniers temps, et qui sont relatées ou résumées dans ce livre (plus de 200 cas), Bouveret discute quelle est la meilleure ligne de conduite à suivre dans le traitement de cette grave maladie. C'est le premier chapitre, après une courte description de la marche d'un empyème non traité. Les méthodes de traitement sont nombreuses depuis le traitement purement médical, les ponctions avec ou sans injections, les ponctions répétées, les canules à demeure, jusqu'à la pleurotomie. On lira avec intérêt ce curieux chapitre d'histoire médico-chirurgicale, et l'on arrivera assurément à partager la conviction de l'auteur, à savoir qu'il n'y a qu'une thérapeutique à opposer à l'empyème, à savoir la pleurotomie; mais cette pleurotomie doit être faite strictement sous le couvert de l'antisepsie; de plus, elle doit être précoce. Plus on tarde, plus on aggrave la situation du malade, moins on a de chances de succès.

La pleurotomie peut s'accompagner d'accidents : parmi ceux-ci, les uns sont d'ordre chirurgical, les autres tiennent à des causes diverses rangées sous la rubrique accidents nerveux (26 observations); paralysies d'origine embolique, troubles de la motilité, attaques syncopales, éclamptiques, etc.

En discutant les indications et contre-indications de l'opération, Bouveret signale, parmi ces dernières, la gravité de l'état du malade, la cachexie, la tuberculose, les maladies du cœur... Est-ce à dire qu'on ne doive jamais opérer dans ces cas? Tel n'est pas son avis, et il publie deux observations personnelles où la pleurotomie ressuscita, c'est le mot, deux malades moribonds. C'est affaire au praticien de juger, suivant le degré de gravité de la complication, de l'opportunité de l'intervention.

Les formes cliniques de l'empyème admises par Bouveret sont au nombre de 13 : 1° empyèmes traumatiques; 2° pleurésie d'emblée suppurative; 3° pleurésie suraiguë de Fraentzel; 4° empyèmes consécutifs aux affections de la paroi thoracique; 5° — aux affections de la plèvre et du médiastin; 6° — aux affections du poumon; 7° empyèmes gangréneux et putrides; 8° empyème d'origine abdominale; 9° empyèmes des maladies infectieuses et générales; 10° empyèmes enkystés, multiloculaires; 11° empyèmes pulsatiles; 12° empyèmes graisseux; 13° empyèmes infantiles. Pour chaque variété, Bouveret décrit les symptômes particuliers, les modalités spéciales et les conditions de l'intervention.

Vient ensuite l'étude des évacuations spontanées, des fistules pleuro-

bronchiques, cutanées, des migrations insolites *a*) dans les organes voisins, œsophage, colon, péricarde, voies urinaires; *b*) dans l'abdomen, péritonite suraiguë, enkystée; *c*) dans la paroi abdominale postérieure, gaine du psoas, région lombaire. L'auteur a observé lui-même quelques exemples curieux de ces migrations insolites (Voy. *R. S. M.*, XXX, 555).

Le dernier chapitre est consacré à l'étude des fistules thoraciques permanentes et au traitement qui leur convient. Bouveret a réuni 78 observations de résection costale, donnant les résultats suivants :

23 guérisons complètes, 6 guérisons avec persistance de la fistule, 23 améliorations simples, 5 résultats nuls, 8 morts promptes, 9 morts quelques mois après l'opération, 4 résultats inconnus. Cette dernière partie, comprenant l'étude détaillée des procédés opératoires, des indications et contre-indications, des suites du traitement, forme à elle seule (180 pages de texte) une monographie complète. Comme conclusion, Bouveret estime que la résection costale est un grand progrès dans le traitement de l'empyème chronique, dont elle a reculé les limites de l'incurabilité. A. CARTAZ.

I. — **Hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec hémiplégie droite sans aphasie, par J. DÉJERINE et F. THUILANT** (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 129, 1888).

II. — **Hémiplégie gauche avec hémianesthésie chez une femme de 87 ans, par E. DUPRÉ** (*ibidem*, *p.* 266).

III. — **Aphasie motrice par lésions de l'insula, par SOLLIER** (*ibidem*, *p.* 212).

IV. — **Einige Grenzfälle zwischen Aphasie und Seelenblindheit (Cas intermédiaires entre l'aphasie et la cécité verbale), par C. FREUND** (*Ostdeuts. irren. Verein*, 23 *février* 1888).

V. — **Three cases of hemianopsia, par SEGUIN** (*N. York, medic. Record*, *p.* 22, *janvier* 1888).

VI. — **A case of cortical hemianopsia, par PUTZEL** (*ibidem*, *p.* 599, *juin* 1888).

VII. — **Ein Fall von einseitiger temporaler Hemianopsia, par Th. TREITEL et P. BAUMGARTEN** (*Arch. für path. Anat. u. Physiol.*, *CXI, Heft* 2).

VIII. — **Zur Pathologie der acuten Augenmuskelähmung (Paralysie oculaire aiguë complète, polioencéphalite aiguë supérieure de Wernicke), par THOMSEN** (*Arch. f. Psych. und Nervenk.*, *XIX*, *Heft* 1, *p.* 185, 1887).

IX. — **Cécité subite par lésions combinées des deux lobes occipitaux, par CHAUFFARD** (*Rev. de méd.*, *février* 1888).

X. — **Hémiataxie bilatérale par lésions symétriques du cerveau, par DEMANGE** (*Revue de médecine*, *février* 1888).

XI. — **On speedy recovery from cerebral embolism (Disparition complète des accidents d'embolie cérébrale), par J.-S. BRISTOWE** (*Brain*, *p.* 78, *avril* 1888).

I. — Déjerine et Thuilant ont examiné le cerveau d'une femme atteinte d'hémianesthésie. Il porte la lésion classique de la capsule interne. Cliniquement, il a été constaté, à l'aide de piqûres d'épingle, que les parties profondes n'étaient pas anesthésiées. Si ce fait se vérifiait, il y aurait là un élément de diagnostic avec les hémianesthésies psychiques ou toxiques.

II.—Dupré n'a pas songé à faire cette constatation sur une malade qu'il a cru atteinte d'hémorrhagie cérébrale ; à l'autopsie, le cerveau était sain et l'étude anamnestique a permis d'établir assez nettement que cette femme était hystérique. Il est possible, en outre, que l'on puisse invoquer jusqu'à un certain point une influence urémique.

A. BROCA.

III.—Homme de 67 ans, entré à Bicêtre en 1872, pour une hémiplégie droite. A cette époque, il a peut-être eu de la paraphasie. Mais il a été ensuite atteint d'aphasie motrice pure. Or, à l'autopsie, le pied de la 3e frontale gauche a été trouvé intact et il y avait une lésion de l'insula. Malgré la paraphasie possible du début, Déjerine pense que cette pièce est contraire à l'opinion de Lichtheim, pour qui la paraphasie relève des lésions de l'insula, car, au moment de la mort, il s'agissait certainement d'une aphasie motrice. A. BROCA.

IV.—Il s'agit, dans le mémoire de Freund, de cas d'aphasie qui consistent en ce que certains substantifs représentant un objet manquent au malade, bien que la signification de cet objet et son emploi ne soient nullement perdus pour lui. Le nom de cet objet ne peut être retrouvé par le malade, tant que pour reconnaître l'objet lui-même il se sert du seul sens de la vue ; mais s'il a recours à l'un des autres sens, par exemple au toucher, immédiatement le nom lui revient. D'après l'auteur, il s'agit là d'une lésion interrompant les fibres de conduction qui unissent la sphère visuelle corticale avec le centre de la parole ; cette lésion siègerait dans la substance médullaire des lobes occipitaux ; il y a d'ailleurs assez souvent coïncidence d'hémianopsie. L'auteur nomme cette forme : *Aphasie optique.* PIERRE MARIE.

V.—1° Début par de la céphalalgie frontale, des nausées et des vomissements depuis six mois. Depuis deux ans, douleurs continuelles. Il y a quelques mois, perte de la vision de l'œil gauche.

Le faisceau lumineux projeté sur l'œil gauche ne donne aucune réaction pupillaire. A droite, le même faisceau détermine la contraction des deux pupilles. De même, si la lumière est portée dans le champ nasal, de même encore si on la porte dans le champ temporal sans dépasser un angle de 60°. Plus loin pas de réaction.

Le siège de la lésion est probablement au niveau du chiasma ; elle consiste dans la destruction des deux faisceaux de l'œil gauche et du faisceau crucial de l'œil droit.

Le 2e cas est une hémianopsie temporale avec cécité du champ nasal de l'œil gauche.

Le 3e cas est analogue.

L'auteur rappelle que la réaction pupillaire dans l'hémianopsie a été indiquée par Wernicke. Le circuit visuel comprend la rétine, la macula et les nerfs optiques pour la partie centripète ; les corps géminés antérieurs avec les noyaux des nerfs moteurs, des nerfs ciliaires et de l'iris pour la partie centrifuge.

L'interruption peut porter sur les parties centripètes ou centrifuges ou bien sur les centres réflexes (lobes optiques). P. DUFLOCQ.

VI.—Homme de 44 ans, alcoolique, atteint de néphrite interstitielle. Le 3 décembre 1887, il tombe de sa chaise les yeux hagards semblant sortir des orbites. Le lendemain, il se plaint de ne plus voir de l'œil droit : hémianopsie droite ; au bout de dix jours, hallucinations visuelles du côté aveugle. Pendant quelque temps, il reconnaît l'insanité de ces visions ; plus tard, il les croit réelles. Le 14 décembre, accidents urémiques et respiration de Cheyne-

Stokes. Le 3 janvier hémiplégie droite, persistance des hallucinations, mort le lendemain dans le coma. Autopsie : adhérence des artères basilaires. Le cuneus gauche est jaunâtre et ramolli. Le foyer contient un magma caséeux et mesure 3/4 de pouce; ses limites sont : en avant, la scissure pariéto-occipitale; en bas, la scissure calcarine; en arrière, l'extrémité du cunéus, sauf un quart de pouce ; profondément, il a un demi pouce d'épaisseur. La capsule externe présente près du genou une tache jaunâtre, molle; en dehors du noyau lenticulaire, état criblé.

Cœur hypertrophié; reins brightiques.

Les hallucinations visuelles du côté de l'hémianopsie forment l'intérêt de ce cas. P. DUFLOCQ

VII. — Il s'agit dans le cas de Baumgarten d'un homme de trente-cinq ans ans, syphilitique depuis 12 ans et présentant une diminution de la vue avec diplopie à la suite d'une parésie de toutes les branches de l'oculomoteur du côté droit. L'iodure de potassium et la galvanisation locale ont raison de la parésie; mais, au bout de 15 mois, il y a récidive accompagnée d'une parésie du pathétique et d'une hémianopsie temporale partielle du côté droit. Pas de symptôme de lésions cérébrales pendant tout le processus. Le sujet se suicida pendant le traitement.

L'autopsie montra les seules lésions suivantes : un nodule de couleur jaunâtre, siégeant à l'origine de l'artère droite du corps calleux et entourant complètement le vaisseau. Dans l'adventice de l'artère basilaire se trouvait également un nodule analogue. Rien dans le nerf optique, le chiasma ni dans les bandelettes optiques. L'examen microscopique fit voir que le nodule de l'artère du corps calleux était le produit d'une artérite cérébrale, suivie d'une endartérite oblitérante et d'une diminution de calibre du vaisseau. Le nodule de l'artère basilaire avait, par contre, un caractère fibreux.

En tenant compte de ce fait qu'il n'y avait aucune lésion ni dans les nerfs optiques, ni dans le chiasma et que les artères qui vont aux diverses portions du cerveau desservent des territoires bien définis, l'auteur regarde l'hémianopsie temporale comme une conséquence de l'artérite oblitérante. Les fonctions du nerf optique, de l'oculomoteur et du pathétique disparurent à la suite de l'apport insuffisant du sang. L'absence de lésions matérielles s'expliquerait par un trouble de nutrition trop récent ou bien par une quantité de sang ayant suffi aux échanges, mais ne permettant pas le fonctionnement de ces organes. E. RETTERER.

VIII. — Wernicke a décrit sous le nom de polioencéphalite aiguë supérieure une affection assez rare, qui a pour substratum anatomo-pathologique une lésion, à évolution rapide, des noyaux qui président à l'innervation des muscles des yeux; cette affection conduit à la mort en l'espace de dix à quinze jours. Les symptômes, en rapport avec les lésions en foyers, consistent en paralysies associées des muscles de l'œil, qui ne tardent pas à être complètes, intéressant jusqu'aux releveurs de la paupière et aux sphincters de l'iris. Le malade a une démarche chancelante. Il présente de la rigidité musculaire associée à de l'ataxie, et des troubles psychiques qui rappellent dans une certaine mesure ceux du delirium tremens.

Dans les trois exemples de ce genre d'affection, publiés par Wernicke, il y avait coexistence d'une névrite optique. Chez deux malades, l'affection s'était développée sous l'influence de l'alcoolisme, chez le troisième sous l'influence d'un empoisonnement par l'acide sulfurique.

Thomsen relate deux observations tirées du service de Westphal, et qui se rapportent à la polioencéphalite supérieure aiguë de Wernicke.

L'examen histologique des centres nerveux pratiqué avec le plus grand soin dans ces deux cas, ont donné des résultats qui confirment, *grosso modo*, les vues de Wernicke concernant la nature et le siège des altérations morbides. Thomsen a publié plus récemment (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 2), une 3e observation du même genre terminée par guérison. E. RICKLIN.

IX. — Un homme de 74 ans, atteint depuis deux mois d'hémiplégie droite incomplète, déclare subitement un jour à son réveil qu'il n'y voit pas. Ses pupilles sont moyennement dilatées, et réagissent avec une certaine paresse aux excitations lumineuses. Abolition du réflexe palpébral. Absence de tout autre symptôme associé. Ni céphalalgie, ni vomissements, ni vertiges. Dans l'après-midi, la fonction visuelle commence à se rétablir en partie. Il s'endort à sept heures du soir. Vers huit heures, il se réveille en poussant un cri et est pris d'une attaque épileptiforme. Ces crises se répètent un assez grand nombre de fois jusqu'à dix heures du soir, puis le malade tombe dans le coma et meurt à trois heures du matin. A l'autopsie, on constate dans l'*hémisphère gauche* un foyer ocreux, reste vraisemblable d'une ancienne hémorragie siégant au niveau de l'angle postéro-externe de la couche optique et presque immédiatement en dehors de la paroi externe du prolongement occipital du ventricule latéral. Immédiatement en dedans du lobule de l'insula, et au niveau de la capsule externe, autre ancien foyer hémorragique et ocreux de 3 centimètres d'avant en arrière sur 2 centimètre de haut.

Dans *l'hémisphère droit*, foyer hémorragique récent, à cheval sur les 2e et 3e circonvolutions occipitales et sur le sillon qui les sépare. L'écorce cérébrale a cédé en un point et le sang a fusé sous les méninges.

En haut, le foyer remonte presque au niveau de la partie la plus inférieure du lobule du pli courbe, sans y atteindre cependant.

Intégrité de toutes les autres parties du système nerveux central des nerfs optiques, du chiasma et des bandelettes optiques.

Artério-sclérose généralisée. Hypertrophie cardiaque. Sclérose rénale.

Chauffard a réuni plusieurs observations analogues dues à Bouveret et à O. Berger. Il cite celles de Nothnagel, de Fürstner et de Pflüger, et rappelle les recherches expérimentales qui ont conduit à montrer que le tractus optique peut s'épanouir dans la zone occipitale.

Si, chez les malades dont il rapporte les observations, la cécité corticale est survenue sans que l'écorce elle-même soit lésée, c'est qu'il se passe ici quelque chose de très analogue à ce qu'a contasté Pitres quand il a montré que la destruction du faisceau pédiculo-frontal inférieur gauche produisait l'aphasie motrice au même titre que la destruction de la circonvolution de Broca.

Il est probable que, dans le cas observé par Chauffard, il existait de l'hémianopsie gauche remontant à l'époque de la formation du premier foyer et passée inaperçue comme cela arrive fréquemment. La formation du deuxième foyer a amené l'apparition de l'hémianopsie droite qui a complété la cécité corticale. C. GIRAUDEAU.

X. — Homme de soixante-dix-huit ans. A un an d'intervalle, deux attaques apoplectiformes incomplètes. Difficulté extrême à se tenir sur ses jambes. La difficulté de la marche n'est plus grande après l'occlusion des yeux. La station debout est impossible, sensibilité plantaire conservée, mais diminuée; le réflexe plantaire persiste à peine. Il n'y a pas de retard de la perception sensitive dans les membres supérieurs, un peu plus marquée à droite qu'à gauche. Les organes des sens sont sains. Le malade étant couché, si on lui fait exécuter avec les membres inférieurs certains mouvements déterminés,

on remarque de suite une incoordination motrice très caractérisée. La force musculaire est cependant notablement conservée dans les jambes et on peut difficilement les fléchir si le malade résiste. Le malade devient peu à peu gâteux et meurt dans le collapsus.

A l'autopsie, foyers de ramollissement anciens bilatéraux, siégeant exclusivement dans le corps strié (noyaux lenticulaires surtout) aucun ne dépasse la substance grise. Les capsules internes sont complètement respectées de chaque côté; pas de dégénérescence descendante. C. GIRAUDEAU.

XI. — Bristowe rapporte deux faits d'embolie cérébrale suivis de la disparition de tous les accidents.

Le premier concerne une femme de 25 ans atteinte d'affection cardiaque, qui est prise soudainement d'aphasie et d'hémiplégie droite. En quelques heures, la paralysie se dissipe totalement, et cet état dure quatre mois, époque où une seconde attaque survient et, cette fois, amène une hémiplégie définitive. L'auteur pense que le premier embolus était friable et a dû se désagréger en petits fragments, ce qui a rétabli la perméabilité de l'artère sylvienne.

Le second cas est celui d'une femme également cardiaque, qui eut soudainement, pendant son séjour à l'hôpital, des signes d'obstruction de l'aorte abdominale et de l'artère radiale gauche. Au bout d'un certain temps, elle put quitter l'hôpital presque guérie, bien que conservant de la faiblesse des membres inférieurs. Huit jours après son départ, elle fut reprise d'une paralysie brusque du droit interne oculaire gauche, du facial droit et du nerf oculomoteur droit, avec vomissements et abaissement de température. Il ne paraît pas douteux que ces symptômes ne fussent la conséquence d'une petite embolie de l'artériole qui se distribue au pédoncule cérébral droit et à la portion adjacente de la protubérance. Or, dans l'espace de quelques jours, tous les accidents paralytiques dus à cette embolie disparurent absolument sans laisser aucune trace. H. R.

I. — Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse du cerveau, par J. THIBAL (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — Ueber einen Fall von multipler Sklerose... (Sclérose multiple des centres nerveux), par HESS (*Arch. f. Psychiat., XIX*, 1).

III. — Note sur un cas d'athétose double, par BLOCQ et E. BLIN (*Revue de médecine, p.* 79, *janvier* 1888).

I. — L'auteur se rallie, au point de vue anatomique, complètement à la description de Bourneville et Brissaud.

Quant à la symptomatologie de cette forme, elle est difficile à distinguer de celle de la sclérose atrophique. Le diagnostic repose sur l'existence de convulsions précoces, intenses, se reproduisant par séries; d'un arrêt ou d'une déchéance rapide de l'intelligence aboutissant à l'idiotie; d'accès épileptiformes remplaçant rapidement les convulsions du début, accès de forme spéciale et ordinairement sériels; absence de paralysies et de contractures marquées, mais état parétique des membres, surtout des inférieurs, dans quelques cas. Troubles progressifs et très marqués de la nutrition générale. Marche beaucoup plus rapide que celle de la sclérose atrophique. PIERRE MARIE.

II. — Le sujet de l'observation de Hess avait présenté, de son vivant, les symptômes suivants : à la suite de quelques manifestations prodromiques (douleurs dans la jambe gauche et paresthésie), il avait eu une attaque apoplectiforme suivie d'une paralysie subite des membres du côté gauche avec

anesthésie générale. Dès le lendemain, amélioration progressive de la paralysie et de l'anesthésie. Au bout de deux semaines, diminution subite de l'acuité auditive; léger embarras de la parole. Etat stationnaire, pendant plusieurs années; puis aggravation des symptômes. Paralysie spasmodique dans les membres inférieurs; diminution de l'acuité visuelle; parole lente, mais non scandée. Dans les derniers temps, selles sanguinolentes, vomissements; évacuations involontaires, eschares.

A l'autopsie, on trouva le cerveau d'une consistance plus ferme qu'à l'état normal. Dans la moelle, le bulbe et la protubérance, on trouva, en même temps qu'une sclérose diffuse, des îlots de sclérose disséminés. L'auteur fait ressortir que, dans les foyers de sclérose, la plus grande partie des cylindrax était conservée, ce qui explique l'absence de dégénérescence secondaire. Les vaisseaux se présentaient sous des aspects variables. Beaucoup de petits vaisseaux avaient une structure normale, les vaisseaux plus volumineux étaient les uns dilatés, les autres rétrécis, ou oblitérés. E. RICKLIN.

III. — Femme de 50 ans. Son bras gauche a été pris à l'âge de 4 ans, son bras droit trois ans après, et ses membres inférieurs simultanément à l'âge de 16 ans. Ce n'est que longtemps après, vers sa 30e année, que l'articulation des mots serait devenue impossible. Les membres supérieurs, lorsque la malade est tranquille et qu'on ne la regarde pas, sont immobiles et repliés sur la poitrine. La main droite est fortement fléchie sur l'avant-bras, et les doigts sur la main. La main gauche est aussi fléchie sur l'avant-bras, et les doigts dans la position de contracture des interosseux. Il existe, de plus, une subluxation en avant des phalangines sur les phalanges, et de celles-ci sur les métacarpiens correspondants. On ne peut modifier la position de ces membres que dans de très faibles limites, à cause des contractures dont ils sont le siège. Les membres inférieurs, à l'état de repos, sont dans l'extension forcée et dans l'adduction. Il y a pied-bot équin avec tendance au varus.

Lorsqu'on regarde la malade, ou lorsqu'on lui imprime quelques secousses, on détermine une série de mouvements athétosiques qui durent un espace de temps variant de cinq à dix minutes. Tous les muscles de la face se contractent simultanément, et la langue sort constamment de la bouche. Dans les membres supérieurs, l'athétose est très prononcée, tandis que, dans les membres inférieurs, elle l'est très peu. Blocq et Blin insistent sur les contractures, les déformations articulaires et les mouvements de la langue, comme peu fréquents chez les malades atteints d'athétose. Ils rattachent cette athétose bilatérale à de la sclérose encéphalique infantile. C. GIRAUDEAU.

I. — A case of tumour of cerebellum, par W. HERRINGHAM (*St-Barth. hosp. Rep., XXII, p.* 65, 1887).

II. — Tumour of pons and cerebellum, par Th. BUZZARD (*Brain, p.* 84, *avril* 1888).

III. — Etude sur deux cas d'endothéliome du cervelet, par Félix TOCHÉ (*Thèse de Paris*, 1888).

IV. — Neubildung im Gehirn... (Tumeur cérébelleuse, ramollissement de l'estomac), par R. ARNDT (*Deutsch. med. Woch., n°* 5, *p.* 83, 1888).

I. — Enfant de 16 ans. Chute sur la région occipitale. Deux mois après, céphalée, convulsions, et surtout démarche spéciale, titubante, qui précède immédiatement les crises.

Plus tard, diplopie, puis cécité complète et vomissements (atrophie papillaire et névrite du nerf facial).

La station debout est presque impossible, le malade oscille et tomberait sans aide. La tête est rétractée en arrière vers l'épaule gauche. Mort subite.

On trouve à l'autopsie une tumeur dure au niveau du lobe cérébelleux moyen: les ventricules sont hydropiques. La protubérance et le bulbe sont sains.

L'auteur, discutant les détails de cette observation, arrive aux conclusions suivantes :

a. Le cervelet préside à l'innervation et à la coordination des muscles de la colonne vertébrale et du tronc.

b. Cette coordination a pour but de maintenir l'équilibre harmonique des mouvements.

c. Il y a action croisée et innervation croisée des muscles.

d. La lésion du lobe moyen du cervelet produit d'abord la paralysie de ces muscles et la perte de l'équilibre; en second lieu des convulsions de ces mêmes muscles et de l'opisthotonos. H. R.

II.—Homme de 40 ans, non syphilitique. Paralysie progressive de plusieurs nerfs crâniens. Le nerf abducteur et le nerf facial sont intéressés ; il y a de l'anesthésie faciale et une parésie des muscles ptérygoïdiens droits, ainsi que de la moitié droite du voile du palais. Le malade a une démarche incertaine, titubante, avec exagération des réflexes tendineux ; anesthésie du pharynx à droite; pas de troubles gustatifs.

Tous ces accidents sont survenus lentement. Début de la céphalée il y a deux ans ; six mois plus tard, diplopie et déviation de la face; il y a un an, surdité de l'oreille droite; enfin incertitude de la marche depuis six mois. Réaction électrique des muscles diminuée.

Inefficacité du traitement ioduré; le malade éprouve une difficulté de plus en plus grande de la déglutition. A la fin de décembre 1887, il ne peut plus marcher seul, et s'étrangle dès qu'il avale de la nourriture.

Le 4 janvier, il cesse de pouvoir remuer ses jambes; l'intelligence devient obtuse, quoiqu'il souffre peu de la tête et n'ait pas de vomissements; le soir, il tombe brusquement dans le coma et meurt.

A l'autopsie, tumeur occupant la partie inférieure de la moitié droite de la protubérance et empiétant sur le lobe droit du cervelet. Il y avait compression manifeste des sixième, septième et huitième paires de nerfs; la partie inférieure de la tumeur était en contact avec le glossopharyngien et le pneumogastrique ; mais le spinal échappait à la compression. H. R.

III. — Ces tumeurs sont composées de cellules polygonales plates, disposées les unes en mosaïque (et si on les regarde par leur tranche, elles prennent l'aspect de fibrilles superposées), les autres en globes. Elles renferment de la graisse, de la cholestérine, et ne contiennent pas de vaisseaux. Leur marche est lente, elles n'ont pas de tendance à se généraliser, il n'y a guère à craindre que la compression qu'elles peuvent exercer sur les organes voisins. PIERRE MARIE.

IV. — On a cherché à établir une relation entre le ramollissement de la muqueuse gastrique, les érosions, et consécutivement l'ulcère rond de l'estomac d'une part, et les lésions cérébrales d'autre part. (Schiff, Brown-Séquard.)

Le cas de Arndt est intéressant à ce point de vue.

Homme de 55 ans, atteint de manie aiguë; parésie, puis paralysie des quatre membres, finalement léthargie durant quatre semaines et mort.

Le cervelet présentait une tumeur presque aussi grosse qu'un œuf de poule, saillant à la surface du vermis inférieur, pénétrant jusque dans la substance blanche du vermis, comprimant le bulbe, la protubérance, les pédoncules cérébraux et les corps quadrijumeaux. Congestion cérébrale, hydropisie des ventricules.

Hyperémie de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum et même du jeju-

num; ecchymoses multiples. La muqueuse de l'estomac était gonflée, ramollie, liquéfiée sur certains points, et présentait des érosions hémorragiques.

L. GALLIARD.

I. — Traumatisme périphérique et tabes, par SPILLMANN et PARISOT (*Revue de médecine*, *mars* 1888).

II. — Contribution à l'étude de l'ataxie locomotrice des membres supérieurs, par DÉJERINE (*Arch. de Physiol.*, *avril* 1888).

III. — Locomotor ataxia confined in the arms..., par S. Weir MITCHELL (*Med. News*, 21 *avril* 1888).

IV. — Wirbelerkrankungen bei Tabikern (Lésions des vertèbres chez les tabétiques), par KRONIG (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *Band XIV*, *p.* 51).

V. — De l'atrophie musculaire des tabétiques et de sa nature périphérique, par DÉJERINE (*Gaz. méd. de Paris*, 10 *mars* 1888).

VI. — On a case of locomotor ataxia... (Tabes et paralysie générale), par St-John BULLEN (*Brain*, *p.* 31, *avril* 1888).

VII. — Arthrektomie des Kniegelenks... (Résection du genou pour une arthropathie tabétique), par J. WOLFF (*Centralbl. f. Nervenheilk*, *n°* 6, 1888).

VIII. — Ueber die Prognose der Tabes, par BENEDIKT (*Wien. med. Presse*, *n°* 33, *p.* 1129, 1887).

IX. — Tabes bénins, par BABINSKI (*Soc. de biol.*, *mai* 1888).

X. — Ueber einem Fall... (Affection systématique combinée de la moelle et des nerfs périphériques), par H. BRAUN (*Deutsches Arch. f. kl. Med.*, *XLII*, *p.* 459).

XI. — Ueber hereditäre Ataxie, par L. RÜTIMEYER (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *CX*, *Heft* 2).

XII. — Ueber spinale progressive Muskelatrophie... (Atrophie musculaire progressive spinale et sclérose latérale amyotrophique), par A. STRÜMPELL (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XLII*, *p.* 230).

XIII. — Cases to illustrate varieties of muscular atrophy, par ORMEROD (*St-Barthol. hosp. Rep.*, *XXIII*, *p.* 89, 1887).

XIV. — Beitrag zur Lehre von Gliom... (Gliome de la moelle), par Rud. VOLKMANN (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XLII*, *p.* 433).

XV. — Sur un cas de pseudotabes, par PITRES (*Arch. de neurologie*, *p.* 337, *mai* 1888).

XVI. — Pseudosclerosis, par Robert MAGUIRE (*Brain*, *p.* 71, *avril* 1888).

XVII. — Herzaffectionen bei Tabes dorsalis (Affections cardiaques dans l'ataxie), par GRŒDEL (*Deut. med. Woch.*, *n°* 20, 1888).

XVIII. — Symptômes initiaux de l'ataxie locomotrice, par GALEZOWSKI (*Soc. de biologie*, 18 *février* 1888).

I. — Spillmann et Parisot publient deux observations de tabes liés à des traumatismes. L'une concerne un homme exempt de syphilis et d'alcoolisme, dont le pied gauche fut pris dans une plaque tournante de chemin de fer. Il en résulta une contusion du talon avec torsion du genou mais sans plaie. Quatre à cinq mois après cet accident, des douleurs fulgurantes apparurent

dans le genou gauche. Au bout de l'année, de semblables douleurs se manifestèrent dans la jambe droite. Un mois plus tard, les mouvements ataxiques commencèrent à apparaître dans la jambe gauche, puis dans la jambe droite.

L'autre observation est celle d'un capitaine de cavalerie qui eut, en 1862, une blessure au niveau du genou gauche. En 1874, c'est-à-dire douze ans après le traumatisme, apparurent les douleurs fulgurantes. En 1882, troubles dans la marche et dans la vision. En 1887, ataxie bien caractérisée, diminution de la sensibilité surtout dans la jambe gauche, cystite, perte presque totale de la vue.

A rapprocher des faits publiés par Petit, Lecorché et Talamon, Straus, Remak, etc. C. GIRAUDEAU.

II. — Le tabes, au lieu d'envahir d'abord les membres inférieurs, peut débuter par la région cervicale et s'y cantonner, tantôt exclusivement, tantôt pendant une période plus ou moins longue, avant que les membres inférieurs ne soient pris ; il mérite alors la désignation de tabes supérieur ou tabes cervical.

L'exemple de tabes cervical relaté par Déjerine est remarquable au point de vue clinique par l'intensité des troubles tabétiques dans les membres supérieurs, coïncidant avec intégrité fonctionnelle complète des membres inférieurs. Au point de vue anatomo-pathologique, il est intéressant, car il montre que, dans les tabes, la lésion des cordons de Goll n'est pas une sclérose systématique, comme on était porté à le croire, d'après les lésions constatées dans le tabes ordinaire à début dorso-lombaire. A. GILBERT.

III. — A rapprocher l'observation de Weir Mitchell :

Homme de 55 ans qui s'aperçut des premiers signes de la maladie à une difficulté de tenir sa plume et d'écrire. Les réflexes des membres supérieurs sont abolis, tandis qu'ils subsistent encore dans les membres inférieurs. Le malade a perdu 20 livres ; il n'a encore aucun trouble sensitif, aucune douleur. Commencement d'atrophie optique. Troubles de coordination dans les bras. A. C.

IV. — Kronig rapporte trois observations de fracture des vertèbres lombaires avec dislocation des fragments survenus chez des tabétiques.

1° Un homme de 35 ans atteint depuis dix ans de troubles médullaires fait un faux pas dans un escalier et ressent un craquement dans la région lombaire. Deux ans plus tard on découvre une spondylolisthèse type du corps de la cinquième lombaire avec mobilité des fragments d'avant en arrière, crépitation, déformation, saillie de l'apophyse épineuse;

2° Malade âgé de 54 ans, légèrement ataxique depuis onze ans, ressent en soulevant un sac une douleur dorsale violente passagère. Trois ans après, saillie verticale et deux ans plus tard une déformation nette qui, en 1887, devient considérable.

Le troisième malade âgé de 55 ans, glissa en transportant une caisse. Dix-huit ans après le début des premiers phénomènes de tabes. La douleur dans le rachis fut très violente, mais il put après un jour de repos reprendre son travail. La déformation apparut immédiatement et depuis elle a toujours progressé. Spondylolisthèse évident de la cinquième lombaire. A. F. PLICQUE.

V. — Déjerine conclut d'une série d'observations que l'atrophie musculaire des tabétiques relève d'une névrite des nerfs moteurs périphériques. Il existe donc chez ces malades, à côté des névrites sensitives cutanées (décrites en 1882), des névrites motrices, présentant avec les premières de grandes analogies. Toutes deux sont d'autant plus prononcées que l'on examine des troncs nerveux plus éloignés des centres, toutes deux sont de nature périphérique, car ganglions spinaux dans un cas et cellules des cornes antérieures dans l'autre sont intacts.

La névrite motrice doit donc être regardée comme appartenant, elle aussi, à la sclérose postérieure, dont elle peut dans certains cas singulièrement modifier la symptomatologie. OZENNE.

VI. — Jeune homme de 24 ans, amené dans une maison de santé avec tous les signes d'une paralysie générale consécutive à des excès de tous les genres. Délire ambitieux, hallucinations, attaques épileptiformes, incohérences d'idées et d'actes, affaiblissement progressif des membres inférieurs, inégalité pupillaire, etc. Simultanément se montrent des symptômes tabétiques, démarche incoordonnée, miction difficile, vue trouble, diplopie, absence de réflexe rotulien, plaques d'anesthésie cutanée; finalement crises de douleurs fulgurantes, gastriques, et rectales. Le malade refuse toute nourriture et meurt dans le coma, avec des eschares au sacrum.

A l'autopsie, sclérose évidente des cordons postérieurs et latéraux, atrophie complète des cornes postérieures, incomplète des cornes antérieures, vascularisation exagérée de toute la moelle. Lésions concomitantes d'encéphalite diffuse et d'artérite généralisée. H. R.

VII. — Il s'agit d'une arthropathie de cause médullaire du genou chez un homme d'un âge mûr, on fit la résection du genou, l'issue en fut si favorable que quinze jours après le malade pouvait marcher assez loin sans appui, l'ankylose eut lieu ultérieurement. Wolff insiste sur la nécessité et l'efficacité du traitement chirurgical dans les arthropathies de cause myélitique.

PIERRE MARIE.

VIII. — Benedikt étudie la curabilité de l'ataxie. Il divise les cas favorables ou relativement favorables en cinq groupes :

1° Ceux où il existe l'atrophie prodromique du nerf optique. Les malades, devenus aveugles, peuvent recouvrer la faculté de marcher d'une facon normale;

2° Ceux où se manifestent les crises gastriques prodromiques. Mais ici les fonctions motrices sont plus compromises que dans le premier groupe;

3° Ceux qui sont combinés avec la paralysie générale. L'auteur admet que quand deux systèmes (spinal et cérébral) sont atteints, le pronostic pour chacun des deux pris séparément est moins grave qu'en cas de lésion isolée;

4° Ceux où les phénomènes ataxiques se développent rapidement, en quelques semaines. Il faut ici un traitement antiphlogistique sérieux pour donner aux malades des chances de guérison;

5° Ceux où la syphilis existe d'une façon incontestable.

Les meilleurs procédés thérapeutiques sont à la période d'hyperémie, les applications glacées, les ventouses scarifiées, le seigle ergoté, le nitrate d'argent; plus tard l'hydrothérapie, le galvanisme et surtout l'extension des nerfs. L. GALLIARD.

IX. — Babinski cite trois observations dans lesquelles le tabes a rétrocédé et s'est terminé par guérison absolue. L'une de ces observations est accompagnée d'autopsie. P. L.

X. — Homme de 74 ans, peut-être saturnin. Débute par des douleurs vives dans les membres, suivies d'atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras droit, avec réaction de dégénérescence, intégrité des membres inférieurs et de la sensibilité, pas d'ataxie.

Le malade meurt incidemment d'érysipèle. A l'autopsie, atrophie des cornes antérieures au niveau des 6e et 7e nerfs cervicaux; en ce point, mais du côté droit seulement, atrophie dégénérative des racines antérieures des nerfs spinaux. Dégénérescence concomitante des racines postérieures au niveau des renflements cervical et lombaire. Sclérose des cordons postérieurs

à la région lombaire et dorsale, où les cordons de Goll sont seuls envahis, et au renflement cervical.

Braun se demande si la dégénérescence simultanée des filets sensitifs et moteurs de la périphérie vers le centre, ne peut pas expliquer la répartition des lésions. Systématiquement les filets nerveux seraient atteints ainsi que leurs centres trophiques. Les filets sensitifs ont pour centres trophiques les ganglions spinaux; si ceux-ci sont atteints on doit avoir une dégénérescence des racines postérieures, des faisceaux de Burdach, dans une certaine partie de leur étendue, et des faisceaux de Goll. Les filets moteurs ont pour centres trophiques les grandes cellules des cornes antérieures dont l'atrophie correspond à l'atrophie des cornes antérieures et des filets moteurs. La combinaison rencontrée dans l'observation précédente, peut donc s'expliquer par une dégénérescence systématisée d'un grand nombre de fibres sensitives dans toute leur étendue et d'un nombre plus restreint de fibres motrices. L'intoxication saturnine a peut-être joué un rôle dans le cas présent. A. MATHIEU.

XI. — Rütimeyer décrit deux cas d'*ataxie héréditaire*.

Dans l'un (sujet de 20 ans), la maladie débute à 7 ans par une ataxie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs. A 8 ans, troubles sensitifs. Dans les dernières années, marche rapide de l'ataxie; paralysie complète des membres inférieurs dont les muscles s'atrophient. Absence du réflexe patellaire, nystagmus faible. Jamais de douleurs fulgurantes ni en ceinture. La moelle épinière et la moelle allongée sont atrophiées; deux points d'ossification dans la pie-mère (région dorsale et lombaire); l'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies.

Le second cas concerne une jeune fille de 14 ans, atteinte d'ataxie à l'âge de 7 ans. Jamais de douleurs fulgurantes ni en ceinture.

L'examen microscopique montre que, dans les deux cas, il s'agit d'une *affection systématique combinée : les cordons postérieurs et les cordons latéraux* sont atteints de sclérose à partir de l'extrémité supérieure de la région cervicale jusque dans la région lombaire; le maximum de l'atrophie se trouve dans les cordons de Goll. Dans la substance grise, on remarque la dégénérescence des colonnes de Clarke et de leurs cellules. Les cornes antérieures sont normales; dans les cornes postérieures, il n'y a que la zone périphérique qui soit intacte. Il y a, en outre, dégénérescence des racines postérieures et des nerfs périphériques. E. RETTERER.

XII. — Strümpell rapporte un fait d'atrophie musculaire progressive incontestablement spinale. Début par le deltoïde, envahissement symétrique des muscles du bras, puis des pectoraux, du grand dorsal, etc., pendant six ans, puis généralisation lente aux membres inférieurs. Les muscles du groupe bulbaire sont restés intacts. A l'autopsie, dégénérescence des nerfs moteurs et atrophie des cornes antérieures, surtout au niveau du renflement cervical : atrophie disséminée des faisceaux musculaires. Foyer de ramollissement ancien d'un des hémisphères cérébraux.

A ce fait sont jointes deux observations de sclérose latérale amyotrophique : la première classique, la seconde sans contracture, mais avec exagération des réflexes, comme dans les faits de Leyden.

Strümpell pense qu'il y a des rapports étroits entre l'atrophie musculaire progressive, la sclérose latérale amyotrophique et la paralysie labio-glosso-laryngée. Dans la sclérose latérale amyotrophique il a constaté des phénomènes spasmodiques dans le domaine des muscles innervés par les nerfs bulbaires, et une exagération du réflexe massétérin, un véritable clonus du maxillaire inférieur. A. MATHIEU.

XIII. — Ormerod rapporte une série intéressante d'atrophies musculaires progressives dépendant de causes diverses : en voici l'énumération :

a) Paralysie atrophique du deltoïde des fléchisseurs de l'avant-bras, et du long supinateur chez un jeune homme : début brusque, marche rapide, absence de troubles sensitifs. Guérison lente des muscles les moins affectés. Il s'agit d'un cas de poliomyélite antérieure aiguë.

b) Paralysie bulbaire progressive, débutant brusquement par la langue et gagnant au bout de trois mois les muscles de la main. Atrophie de la langue et de l'éminence thénar, contractions fibrillaires du deltoïde, sans réaction de dégénérescence. Amélioration lente.

c) Atrophie progressive de la main droite d'abord, puis de la gauche ; affaiblissement des membres inférieurs et phénomènes spastiques (sclérose amyotrophique).

Deux autres cas de sclérose latérale amyotrophique sont rapportés : le premier, à marche aiguë, débutant par la langue qui s'atrophie primitivement, tandis que la main droite est gonflée et congestionnée : atrophie rapide du membre supérieur droit, gagnant le gauche, tandis que les réflexes tendineux sont augmentés : le second, à marche lente, d'origine traumatique, sans symptômes bulbaires.

d) Paralysie atrophique débutant par les membres inférieurs, et prédominant dans le groupe tibial antérieur, précédée par des douleurs vives et s'accompagnant de troubles sensitifs. Réaction de dégénérescence. Extension de l'atrophie aux muscles des cuisses, avec contractions fibrillaires : difficultés passagères de la miction.

e) Myopathie atrophique : début par les muscles du membre supérieur et de l'épaule, sans intéresser la face : extension secondaire aux cuisses et aux muscles sacro-lombaires : pas de contractions fibrillaires ni de réaction de dégénérescence. Pas d'hérédité. H. R.

XIV. — Le fait de Volkmann concerne un homme de 66 ans, atteint de faiblesse de la jambe droite, qui en deux jours devient paralysé. On constate les signes d'une hémiparaplégie caractérisée par de la paralysie motrice droite avec hyperesthésie et de l'anesthésie à gauche. Mort par cystite. A l'autopsie, gliome occupant la moitié droite de la moelle au niveau de la septième paire dorsale. Dégénérescence secondaire classique des faisceaux latéraux. D'après Volkmann, cette dégénérescence se ferait par le cylindraxe, et non par la gaine de myéline. A. MATHIEU.

XV. — Homme de 44 ans ; pas d'hérédité névropathique ; pas de syphilis ni d'alcoolisme ; excès vénériens habituels. En 1876, à l'âge de 35 ans, crises de courbature musculaire. En 1877, crises de douleurs aiguës, lancinantes, siégeant primitivement dans la hanche droite et s'étendant plus tard à la gauche ; polyurie. En 1880, douleurs en ceinture. Incertitude de la marche. Sensations de gonflement des pieds et de dénivellement. Signe de Romberg. Excitation génitale suivie de frigidité. De 1881 à 1886, troubles de la miction, ténesme rectal, crises gastriques. Douleurs fulgurantes types. Persistance de l'incoordination motrice. Il n'y eut pas de troubles de la vue ni de troubles trophiques et les réflexes rotuliens furent conservés. Néanmoins on porta le diagnostic d'ataxie locomotrice progressive, mort par pleurésie tuberculeuse. A l'autopsie on ne trouve pas de sclérose de la moelle, pas d'atrophie des racines postérieures. Les nerfs périphériques étaient sains.

Pitres fait remarquer qu'il était impossible pendant la vie de ne pas conclure à l'existence du tabes. L'absence de toute lésion spécifique ne doit cependant pas autoriser à admettre que l'ataxie locomotrice soit une névrose. Mais il faut reconnaître qu'il existe, dans certains cas, des

troubles fonctionnels susceptibles de donner lieu à un ensemble de symptômes analogues à ceux qui caractérisent le tabes. Ces cas sont analogues à ceux où l'on pose le diagnostic de sclérose en plaques ou de paralysie bulbaire progressive, sans qu'on trouve à l'autopsie aucune altération appréciable de la moelle ou du cerveau. DESCOURTIS.

XVI. — Homme de 49 ans, entré à l'hôpital en mars 1887. Démarche irrégulière, branlement de la tête et du cou, exagéré par les mouvements volontaires, disparaissant pendant le sommeil : tremblement des lèvres pendant l'articulation des mots : parole lente, scandée, monotone : tremblement généralisé des mains et des bras, même au repos, exagéré par les mouvements volontaires, comme dans la sclérose en plaques. Au repos, pas de tremblement des membres inférieurs : quand il veut marcher, les jambes sont comme soudées et l'affaissement musculaire est incontestable.

Pas de troubles de la sensibilité ; exagération des réflexes tendineux.

État mental bizarre, le malade est pleureur et peu intelligent : pas de troubles visuels, mais pupilles paresseuses. Aucune lésion papillaire à l'ophtalmoscope.

Dans les antécédents du malade, on relève une histoire de syphilis datant de vingt-deux ans auparavant. Dans ces dernières années, privations et misères.

Traitement iodure et bromure associés à du chloral. Au bout de trois semaines, le tremblement a beaucoup diminué, la marche devient plus assurée, la parole plus nette. Le malade peut boire sans renverser son verre. L'émotivité du malade a beaucoup diminué. A la fin d'avril, convalescence complète.

L'auteur discute le diagnostic de cette affection, qui n'est ni du tremblement sénile, ni de la paralysie agitante, ni de la sclérose en plaques franche. Cette dernière affection est celle qui s'en rapproche le plus. Mais il est probable qu'il s'agit d'une névrose décrite en 1883 par Westphal, chez des sujets où après avoir observé tous les signes de la sclérose en plaques, l'autopsie fut négative, et qu'il a nommée pour cette raison la pseudo sclérose.

XVII. — Les ataxiques peuvent avoir, avec ou sans affection cardiaque, des accès d'angine de poitrine, comme ceux qu'ont décrits Vulpian et Leyden. Dans deux cas observés par l'auteur, le cœur était sain.

1° Un négociant de Hambourg, âgé de 49 ans, souffrant depuis une année de douleurs lancinantes des membres inférieurs, est réveillé au milieu de la nuit par une douleur constrictive de la poitrine avec anxiété respiratoire. Le médecin constate l'ataxie, ausculte le cœur sans rien découvrir et envoie le malade à Nauheim.

Là, nouvel accès d'angine de poitrine à la suite d'une excursion, pâleur de visage, dyspnée, pouls petit. L'auteur ne constate pas de lésion cardiaque.

Pendant l'année suivante, quelques accès peu importants ; l'ataxie s'aggrave peu.

2° L'auteur a soigné à Nauheim un Américain âgé de 50 ans, tabétique depuis quelques années et qui depuis plusieurs mois avait, sans cause connue, de courts accès d'angine de poitrine. Il a assisté lui-même à une des crises dont l'aspect était caractéristique.

Il signale encore un cas analogue ; seulement le sujet, âgé de 61 ans, était atteint de néphrite avec légère hypertrophie cardiaque en même temps que d'ataxie avec crises d'angine de poitrine. L. GALLIARD.

XVIII. — L'auteur indique comme symptômes initiaux, non signalés

jusqu'ici, la paralysie du muscle accommodateur, sans mydriase, accompagnée d'une anesthésie cutanée en plaques au pourtour de la région orbitaire. P. L.

Die Entzündung der peripheren Nerven (Polyneuritis. Neuritis multiplex), par LEYDEN (*Berlin*, 1888).

Leyden distingue les variétés suivantes : 1° Névrites infectieuses; 2° névrites toxiques ; 3° névrites spontanées; 4° névrites atrophiques; 5° forme douloureuse.

La polynévrite infectieuse, due peut-être à l'action de ptomaïnes, se rencontre dans la diphtérie, la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses. S'y rattachent aussi les névrites multiples du béri-béri, de la syphilis, de la tuberculose.

Aux névrites toxiques, ressortissent celles qui sont causées par les intoxications dues aux métaux et à certains gaz (plomb, mercure, arsenic, phosphore, oxyde de carbone, sulfure de carbone), les paralysies de l'alcoolisme, de l'ergotisme. Dans les névrites spontanées, Leyden range les névrites causées par le refroidissement et le surmenage. Les névrites atrophiques ou cachectiques se rencontrent dans la chlorose, l'anémie pernicieuse, la cachexie cancéreuse, la tuberculose, le diabète.

A la névrite douloureuse correspond le pseudo-tabes ou nervo-tabes périphérique. ALBERT MATHIEU.

I. — Note sur la valeur diagnostique de l'attitude chez certains malades atteints de sciatique, par BALLET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 *juillet* 1887).

II. — Ein weiterer Fall von durch Ischies bedingter Scoliose (Nouveau cas de scoliose causée par la sciatique), par NICOLADONI (*Wien. med. Presse*, *n°* 39, *p.* 1323, 1887).

I. — Dans certains cas de sciatique frustes, avec douleurs trop peu accusées pour que le malade appelle l'attention du médecin, on peut observer une attitude spéciale. Le tronc est incliné dans son ensemble du côté malade, le bassin est saillant du côté opposé, tandis que le tronc et l'os iliaque forment du côté malade un angle très accusé ouvert en dehors. Aussi par ce déplacement latéral du centre de gravité le malade est-il obligé de faire des efforts pour se maintenir dans la station debout, les muscles lombaires se contractent et cet effort peut réveiller la douleur fessière et faire craindre une syncope. H. L.

II. — Homme de 39 ans, souffrant de sciatique du côté gauche depuis le 12 mars 1886; amélioration en juin, mais en juillet, à la suite du travail de la moisson, la maladie s'exaspère. C'est alors que commence la scoliose.

Au mois de décembre 1886, le tronc du sujet est incliné à droite, l'épaule droite est plus basse que la gauche, la tête se porte à gauche pour rétablir l'équilibre; il y a au cou une courbure des vertèbres qui compense la courbure dorso-lombaire à concavité tournée à droite ; mais la verticale du centre de gravité du corps tombe sur le pied droit. Aussi le malade place-t-il la jambe gauche dans l'abduction.

Pas de douleurs sur le trajet du sciatique à la cuisse, sauf dans les cas de secousse imprévue du corps ou de tentative de redressement du tronc. Les douleurs spontanées n'existent que dans la fesse gauche. Il n'y a qu'un point douloureux, qu'on trouve à la hauteur de la 4e vertèbre lombaire, au bord de la masse sacro-lombaire gauche. Ce point correspond à la branche que le

4e nerf lombaire fournit au plexus sciatique. La douleur à la partie supérieure de la fesse gauche indique la participation du nerf iléo-hypogastrique grand abdomino-génital. On peut en conclure qu'il existe des lésions nerveuses profondes, à la hauteur de la queue de cheval à gauche, et que le malade porte instinctivement la colonne lombaire vers le côté sain pour donner le plus de place possible aux faisceaux altérés. L. GALLIARD.

I. — Pathogénie de la paralysie agitans, par J. TEISSIER (*Lyon méd.*, 8 *juillet* 1888).

II. — Quelques considérations sur la maladie de Parkinson, par Gabriel GAUTHIER (*Lyon méd.*, 26 *août* 1888).

I. — La maladie de Parkinson ne peut plus être considérée comme une névrose; on trouve en effet des lésions de la zone bulbo-protubérantielle, comme Vulpian le supposait, et des lésions de la moelle. Cliniquement, on pourrait soupçonner la dépendance spinale de cette affection, eu égard à certains symptômes : prédominance des phénomènes du côté des membres inférieurs, troubles réflexes et vaso-moteurs. Teissier a observé plusieurs fois des hémorragies et des œdèmes indépendants de toute lésion rénale ou cardiaque.

Anatomiquement, la preuve est fournie par l'auteur ; dans deux cas il a trouvé une sclérose diffuse des cordons latéraux, s'étendant jusqu'au voisinage de la colonne vésiculaire de Clarke au niveau du tractus intermedio-lateralis.

II. — 1° La maladie de Parkinson n'offre pas les caractères des névroses. Les symptômes sont exclusivement des troubles du système musculaire et dérivent de la rigidité des muscles.

2° Cette rigidité, phénomène capital de la maladie, est produite dans les muscles sans l'intervention du système nerveux, c'est une propriété idio-musculaire. Elle serait le résultat de la phosphaturie dont sont atteints la plupart des parkinsoniens.

3° Cette phosphaturie aurait pour point de départ les fatigues musculaires (phosphaturie musculaire).

4° La maladie de Parkinson pourrait être considérée, dès lors, comme la manifestation d'une dystrophie du système musculaire. A. C.

I. — De l'étiologie héréditaire de la paralysie faciale dite à frigore, par Daniel JUNIN (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — A fatal case of tumour... (Tumeur du nerf auditif gauche), par Seymour SHARKEY (*Brain*, *p.* 97, *avril* 1888).

III. — Ueber Hemiatrophia facialis, par MENDEL (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 383, 7 *mai* 1888).

IV. — Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue, par P. KOCH et P. MARIE (*Revue de médecine*, *janvier* 1888).

V. — Periodische oculomotorius Lähmung (Paralysie périodique du moteur oculaire commun), par SENATOR (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *XIII*, *p.* 252).

VI. — Multiple peripheral neuritis, par SUCKLING (*Brit. med. j.*, *p.* 647, *mars* 1888).

VII. — Ueber multiple Hirnnervenlähmung (Paralysie multiple des nerfs craniens, par UNVERRICHT (*Fortschr. der Medic.*, *n°* 24, 1887).

VIII. — Ueber multiple Neuritis und Myositis, par SENATOR (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 15 *juin* 1888).

IX. — A case of alcoholic paralysis..., par ORD (*Lancet*, 11 *février* 1888).

X. — A case of double wrist drop.,. (Névrite alcoolique, chute des poignets, etc.), par Th. BUZZARD (*Brain*, *p.* 90, *avril* 1888).

XI. — Neuritis fascians... (Névrite des alcooliques), par H. EICHHORST (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CXII*, *Heft* 2).

XII. — Etude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique, par F. BOISVERT (*Thèse de Paris*, 1888).

XIII. — Contribuzione allo studio... (Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial), par L. GIUFFRÉ (*Giornale di Neuropatol.*, *V.*, *fasc.* 3).

I. — La thèse de Junin s'est inspirée des récents travaux de Neumann sur l'étiologie de la paralysie faciale. S'appuyant sur l'étude de 18 observations dont 4 personnelles, l'auteur montre que dans bon nombre de cas de paralysie faciale, dite à frigore, l'action du froid ne paraît nullement fondée, mais que dans la plupart, en revanche, on constate l'existence d'une tare arthritico-nerveuse dans les antécédents héréditaires ou personnels des sujets qui en sont atteints. Quant au refroidissement, s'il existe, il joue le rôle non de cause première, mais de cause occasionnelle. PIERRE MARIE.

II.—Homme de 41 ans, non syphilitique. Début de la maladie, en 1886, par de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, accompagnés de quelques troubles visuels. Dans ses vertiges, les objets étaient toujours entraînés à gauche; parfois, il perdait connaissance. Jamais de vomissements ni de phénomènes paralytiques. L'ophtalmoscope révéla de la névrite optique.

On diagnostiqua une affection intracranienne comprimant le nerf auditif et le malade fut soumis à l'iodure et aux frictions mercurielles. Malgré ce traitement, l'état général empira : la vue s'altéra de plus en plus, les pertes de connaissance devinrent plus fréquentes, puis s'accompagnèrent de rigidité des membres. Il succomba à l'une de ces crises le 4 novembre 1887.

A l'autopsie, tumeur volumineuse occupant l'angle du cervelet et de la protubérance, et s'étant creusé une loge dans le lobe gauche du cervelet. Cette tumeur était, pour ainsi dire, accolée au cervelet, sans y être rattachée; elle avait usé la région pétreuse du temporal qui lui formait une cavité.

Les 5e et 6e paires de nerfs craniens étaient saines, mais déplacées : le facial émergeait à sa place normale, mais l'auditif plongeait dans la tumeur, et formait le seul point d'attache de la tumeur avec les parties adjacentes. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'un névrome volumineux du nerf auditif. H. R.

III. — Mendel a fait l'autopsie d'une femme atteinte d'hémiatrophie de la face, et qui avait été examinée tour à tour par Romberg, Remak et Virchow (*R. S. M.*, XXI, 583). L'examen à l'œil nu du système nerveux ne révéla aucune lésion, mais il n'en fut pas de même de l'examen microscopique. C'est sur la deuxième branche du trijumeau que les altérations étaient le plus nettes : l'épaisseur du névrilemme et de la substance conjonctive interfasciculaire était triple ou quadruple de la normale. Cette névrite interstitielle proliférante s'observait à des degrés différents d'intensité sur toutes les branches du trijumeau, depuis son émergence de la protubérance.

Les nerfs craniens, spécialement le facial, étaient complètement intacts, tandis que le nerf radial gauche, correspondant au côté frappé d'atrophie du-

rant la vie, offrait à un degré moins intense les signes de la névrite interstitielle proliférante.

Étaient parfaitement sains, les noyaux moteur et sensitif du trijumeau, le noyau du facial, de même que tous les autres noyaux du bulbe; de même encore le cerveau, à la seule exception que la racine descendante du trijumeau était atrophiée ainsi que la substance ferrugineuse du côté gauche.

La moelle présentait des altérations au niveau de sa portion cervicale, à la hauteur des 4e et 5e nerfs cervicaux; on y constatait une atrophie partielle des cellules ganglionnaires des cornes antérieures du côté gauche.

Quant aux lésions cutanées, elles consistaient en un amincissement, une épaisseur trois fois moindre que du côté sain; cet amincissement portait essentiellement sur le derme.

Les muscles malades étaient simplement atrophiés, sans dégénération graisseuse ni multiplication des noyaux.

Le sympathique n'a pu être examiné. J. B.

IV. — Le malade qui fait l'objet de ce travail est le même dont Ballet a donné l'observation dans les *Archives de neurologie*, 1884, p. 191; puis Arthaud, dans sa thèse de 1885. Voici les résultats de son autopsie :

Il s'agit d'un tabétique chez lequel existait une hémiatrophie de la langue très prononcée, portant sur tout le côté droit.

Il y avait, en outre, de la paralysie incomplète de la 3e paire droite et des atrophies musculaires disséminées partout sur les muscles des membres.

Le malade mourut assez brusquement, peut-être à la suite d'un ictus laryngé, et, à l'autopsie, on constata une dégénérescence presque complète du nerf hypoglosse droit correspondant dans le bulbe à une dégénération du noyau de ce nerf.

Koch et Marie ont profité de la circonstance pour joindre à leur observation la traduction ou la reproduction de plusieurs autres cas d'hémiatrophie de la langue, publiés récemment et observés dans diverses maladies.

De leurs recherches, il résulte que cette atrophie peut se rencontrer dans le tabes, dans la paralysie générale, dans la syphilis bulbo-protubérantielle, et peut-être chez l'enfant à la suite d'un processus analogue à celui de la paralysie infantile, sans parler, bien entendu, des cas d'angine multiple dans lesquels la lésion, cause de l'atrophie, porte sur le tronc du nerf et non plus sur le noyau d'origine. (Méningite chronique, Hayem et Giraudeau, *Revue de médecine*, 1882; méningo-myélite diffuse, Grasset, 3e édit., p. 352, etc.) C. GIRAUDEAU.

V. — La malade de Senator était une jeune fille de 22 ans, fortement migraineuse. Elle avait eu deux autres attaques de paralysie à 12 ans et à 16 ans. La dernière attaque, qui fait l'objet de l'observation, frappait tous les rameaux du moteur oculaire commun, nerfs ciliaires et iriens compris. La guérison survint spontanément et complètement en quelques jours. La paralysie ne pouvait donc être due à une lésion matérielle, et Senator la regarde comme un phénomène hystérique. A. F. PLICQUE.

VI. — Il s'agit d'un garçon de 14 ans, employé pendant 14 années à travailler dans le plomb, et qui depuis plusieurs semaines travaillait à la forge. Sous l'influence de ce travail excessif, il commença à éprouver de l'affaiblissement des mains et des pieds, surtout dans le sens de l'extension. Tous les muscles avaient perdu partiellement leur contractilité. L'anesthésie était prononcée aux quatre membres, mais n'était complète qu'aux mains et aux pieds. Le réflexe patellaire était supprimé. Diminution de la contractilité électrique, sans réaction de dégénérescence. Pas de signes de saturnisme. Vessie et rectum intacts. H. R.

VII. — Unverricht rapporte l'observation d'un homme âgé de 38 ans, qui présenta successivement, avant son entrée à l'hôpital, une paralysie faciale double, une paralysie du voile du palais, une paralysie de l'oculo-moteur commun du côté droit, des deux oculo-moteurs externes, en même temps que se montraient des troubles de la sensibilité dans la sphère du trijumeau, caractérisés par de l'anesthésie douloureuse et des troubles trophiques de la cornée du côté droit.

Peu de temps après, en moins de quatorze jours, les nerfs craniens se prirent les uns après les autres ; seul, le nerf optique du côté gauche était respecté ; enfin, dans les derniers jours de la vie, les membres supérieurs étaient également légèrement parésiés et leur sensibilité quelque peu émoussée. Le malade succomba, après huit semaines de maladie, à des accidents de gangrène pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva dans le médiastin postérieur une petite tumeur, de la grosseur d'une pomme, formée de tissu sarcomateux à petites cellules, qui s'était généralisée dans les ganglions et avait en même temps donné lieu à la formation de petites tumeurs intra-craniennes ; celles-ci, situées entre la dure-mère et l'os, avaient comprimé la plupart des nerfs craniens au niveau des trous de la base du crâne, à leur sortie de la boîte osseuse.

W. OETTINGER.

VIII. — Senator rapporte l'observation de deux malades, chez lesquels, en même temps qu'une névrite multiple, existait une myosite très nette ; cette myosite était suivant toute apparence interstitielle ; augmentation des noyaux, épaississement des interstices entre les fibres musculaires, amincissement de ces fibres elles-mêmes ; en un mot tout l'aspect d'une myosite interstitielle récente. P. MARIE.

IX. — Le point spécial de l'observation de paralysie alcoolique publiée par Ord, est l'intervention chirurgicale contre les phénomènes de contracture. Comme l'état général était amélioré, il restait une impotence fonctionnelle à cause de la flexion des genoux, la malade fut anesthésiée et la jambe contracturée mise en position dans un appareil plâtré. L'appareil enlevé, la contracture reparut peu à peu et une intervention avec section du tendon d'Achille fut cette fois suivie de succès. LUBET BARBON.

X.—Un mécanicien, âgé de 42 ans, se réveilla, en mars 1887, avec l'impossibilité de se servir de ses mains et de redresser ses poignets. Il est incapable de porter sa main à sa bouche, ses bras pendent le long du corps. L'anesthésie des membres supérieurs est très prononcée. Aux membres inférieurs, affaiblissement, sans paralysie véritable. Cependant il marche mal, en traînant la jambe.

Depuis cette crise, les mains ont été s'aggravant, avec atrophie des avant-bras.

Les antécédents de ce malade sont : un érysipèle, de vieilles fièvres palustres, et de l'alcoolisme.

A son entrée à l'hôpital, on constate une paralysie des deux avant-bras, portant surtout sur les extenseurs, comme dans la paralysie saturnine, avec atrophie des éminences thénar et des extenseurs de l'avant-bras. La paralysie des jambes et l'anesthésie ont disparu. Léger degré d'albuminurie. Réaction faradique diminuée pour les muscles atrophiés, supprimée complètement pour l'extenseur commun des doigts.

Buzzard rejette l'hypothèse d'une paralysie saturnine et accepte l'idée d'une névrite multiple d'origine alcoolique. H. R.

XI. — Eichhorst rapporte en détail l'observation d'un alcoolique, qui pendant la vie présentait une paralysie des membres inférieurs et des extenseurs des membres supérieurs. Les muscles paralysés étaient atrophiés et douloureux à la pression. En même temps, il y avait anesthésie cutanée et

absence de réflexes tendineux. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion des centres nerveux ni des racines spinales. L'examen microscopique des nerfs périphériques montra, au contraire, les altérations de la névrite. Les coupes transversales des nerfs tibiaux, péroniers et radiaux présentent une série d'espaces clairs où manque le cylindre-axe, et où l'on aperçoit des amas de cellules arrondies qui ne sont autre chose que les noyaux proliférés de la gaine de Schwann. Sur les tubes nerveux complètement atrophiés, il y a disparition complète de ces noyaux. Le tissu conjonctif des troncs nerveux n'a subi aucune modification inflammatoire : les gaines périfasciculaires, inter ou intrafasciculaires, ne se sont épaissies en aucune façon ni sur les nerfs précités ni sur leurs prolongements centripètes. Il en est autrement sur les ramuscules nerveux se distribuant aux muscles. Ceux-ci présentent un épaississement des gaines périfasciculaires et interfasciculaires dont le tissu conjonctif semble former une série de couches concentriques. En ces points, le tube nerveux a subi une atrophie complète avec absence de myéline. Ces faits semblent indiquer que la lésion primitive siège dans le tube nerveux et que la sclérose est secondaire. Celle-ci se propage au tissu conjonctif intermusculaire : les fibres musculaires proprement dites sont atrophiées. E. RETTERER.

XII. — L'auteur met en relief l'existence et la fréquence des coliques chez les alcooliques en imminence de paralysie. Boisvert regarde ces coliques comme l'équivalent clinique des douleurs fulgurantes des membres. De plus il signale ce fait que coliques et douleurs fulgurantes sont généralement les précurseurs de la paralysie, et ordinairement celle-ci les suit de près. — Quant aux paralysies alcooliques elles-mêmes, l'auteur étudie avec un soin particulier leurs formes frustes, il les décrit sous quatre types différents : 1° parésies alcooliques matinales (passagères) qui, pour lui, ne seraient que l'exagération du tremblement alcoolique matinal avec tous les caractères des paralysies alcooliques; 2° parésies limitées à un nerf s'accompagnant ordinairement de troubles de la sensibilité et aussi de troubles trophiques et vaso-moteurs; 3° parésies diffuses des membres supérieurs, surtout accentuées cependant sur les extenseurs; 4° parésies diffuses des membres inférieurs qui se subdivisent en 2 groupes : dans l'un, la parésie prédomine sur les extenseurs; dans l'autre, elle siège sur tous les muscles indistinctement. Cette thèse contient un historique, un index bibliographique, et de nombreuses et très bonnes observations dont un certain nombre personnelles à l'auteur; une de ces observations a trait à un cas de paralysie des 4 membres terminée par la mort, pas d'autopsie. PIERRE MARIE.

XIII. — Un jeune homme de 28 ans fait une chute d'une échelle et tombe sur le moignon de l'épaule; on constate une contusion sans fracture. 15 jours après, il se présente avec une paralysie du bras complète et une intégrité des mouvements de l'avant-bras, sauf ceux de supination. Les muscles paralysés sont les 2 supinateurs, le biceps, le brachial antérieur et le deltoïde; le triceps fonctionne bien ainsi que le trapèze, le rhomboïde, etc. Il s'agit donc d'une névrite périphérique (type Duchenne Erb) que vint confirmer l'exploration électrique. Pas de troubles de la sensibilité. Guérison complète au bout de 2 mois.

Giuffrè résume l'histoire des paralysies radiculaires telle qu'elle a été faite en France. H. R.

Nouvelles études sur le rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite à frigore, par NEUMANN (*Archives de neurologie, p.* 354, *mai* 1888).

L'auteur apporte de nouveaux arguments en faveur de la thèse qu'il soutient. Pour lui, la paralysie faciale, dite à frigore ou rhumatismale, et considérée comme idiopathique, reconnaît toujours comme cause prépondérante la prédisposition nerveuse héréditaire. Il rapporte 24 observations nouvelles qui contribuent, selon lui, à prouver que la paralysie du nerf facial n'est pas une affection fortuite, accidentelle, pouvant surgir inopinément chez un sujet quelconque. Tous ces malades porteraient l'empreinte manifeste et irrécusable de l'hérédité neuropathique. Alors, il suffit pour eux d'une cause minime pour réveiller la diathèse nerveuse : perturbation physique, intellectuelle ou morale, toutes causes occasionnelles, mais seulement adjuvantes de l'hérédité. DESCOURTIS.

Des éphidroses de la face, par P. RAYMOND (*Arch. de neurol., vol. XV, n*os 43 *et* 44).

Les sueurs localisées à la face sont assez rares et relativement peu connues. L'auteur en a observé deux cas, il en a trouvé une soixantaine dans la science, et il en rapporte les principaux. Pour lui, ces é hidroses peuvent rentrer dans l'un des quatre groupes suivants :

1° Altération matérielle du système nerveux central ;

2° Lésion du cordon cervical du grand sympathique ;

3° Lésion des nerfs de la face (facial ou trijumeau) ;

4° Trouble réflexe dont le point de départ réside dans une excitation des nerfs du goût, des nerfs de sensibilité générale ou spéciale, ou encore dans une perturbation psychique. Dans quelques cas, l'éphidrose paraîtrait n'être qu'une détermination locale du nervosisme.

Cette éphidrose répondrait en clinique à deux types : 1° syndrome, éphidrose, myosis, troubles vaso-moteurs ; 2° éphidrose seule ou le plus souvent accompagnée de dilatation pupillaire. DESCOURTIS.

I. — What constitues a cardiac murmur ? (Des souffles cardiaques. — Discussion à l'Académie de New-York (*N.-York medic. Record, p.* 768, *décembre* 1887).

II. — A case of couple rhythme of the heart, par COLLINS (*The Lancet,* 18 *juin* 1887).

III. — Du bruit présystolique, par P. GROCCO (*La Riforma medica,* 31 *mars* 1888).

IV. — Du bruit du souffle épigastrique et de son importance diagnostique, par H. GABBI (*La Riforma medica,* 12 *avril* 1888).

V. — Zur pathologischen Bedeutung... (Valeur séméiotique de l'auscultation de l'artère crurale), par H. HOCHHAUS (*Arch. für path. An. u. Physiol., CXI, Heft* 3).

VI. — Beiträge zur physikalischen... (Examen physique du volume du cœur), par RIESS (*Zeits. f. klin. Medic., XIV, p.* 1).

VII. — Du claquement d'ouverture de la mitrale, par ROUCHÈS (*Thèse de Paris,* 1888).

I. — Dans cette discussion à laquelle prennent part Heineman, Loomis,

Smith, Jacoli, Delafield, Carpenter et Kinnicutt, les orateurs abordent les points suivants :

1° Qu'est-ce qui constitue un souffle cardiaque ?

Ils passent en revue les lésions organiques, les modifications apportées par l'état de la fibre cardiaque, par l'hypertrophie ou la dilatation du cœur.

Ils énumèrent ensuite les souffles inorganiques intra et extra cardiaques. (Heineman.)

2° La constatation d'un souffle ne signifie rien par elle-même; ce sont les autres conditions du cœur et l'état de la circulation générale qu'il faut envisager. (Loomis.)

3° Les souffles inorganiques s'entendent aussi bien à la base qu'à la pointe.

4° Les souffles organiques subissent de grandes modifications dans leur intensité et leur diffusion suivant qu'il y a ou non une hypertrophie ou une dilatation cardiaque concomitante. (Loomis.)

5° Au sujet du pronostic, c'est moins la lésion et le siège du souffle que l'état du sujet et de sa circulation générale qu'il faut considérer. Une maladie aiguë intercurrente peut aggraver une maladie cardiaque jusque-là bien supportée. (Smith.)

6° Kinnicutt fait remarquer que le signe de la non-propagation dans l'aisselle ou l'angle de l'omoplate, d'un souffle de la pointe, n'a pas la valeur attribuée par quelques-uns pour le diagnostic des souffles inorganiques. C'est une simple question de force ou de faiblesse du souffle; or un souffle fort peut être inorganique et réciproquement.

7° Jacobi dit que des souffles dus à des endocardites survenues dans l'enfance, peuvent par suite des progrès de l'âge totalement disparaître, et les malades guérissent complètement.

Loomis ajoute qu'au moment de la vie où les organes commencent à dégénérer, les signes cardiaques peuvent réapparaître et abréger ainsi le reste de l'existence.

Jacobi, à propos de la chorée, dit que dans cette affection on peut voir des souffles intermittents apparaître et disparaître, qu'ils sont dus pour lui aux contractions irrégulières du cœur.

8° Au point de vue de l'évolution des souffles cardiaques et des maladies du cœur chez les enfants, tous préconisent, comme traitement, les exercices musculaires raisonnés. P. DUFLOCQ.

II. — Chez un jeune homme de 19 ans, anémique, l'auteur a constaté le phénomène des battements géminés du cœur : à l'auscultation on entend coup sur coup deux doubles bruits, qui se suivent sans aucune interruption, puis un silence et de nouveau deux pulsations couplées. La première des deux systoles cardiaques est seule propagée à l'artère radiale et le pouls bat seulement 48 à la minute, tandis que le cœur bat 96. Le moindre exercice, en augmentant l'amplitude des battements cardiaques, a pour effet de rendre la seconde pulsation appréciable aussi à la radiale; la fréquence du pouls devient alors égale à celle du cœur, une ondée sanguine forte étant chaque fois suivie d'une plus faible. Le malade rentrait-il au repos, on sentait la seconde pulsation s'affaiblir peu à peu, puis disparaître et le pouls reprenait les caractères indiqués plus haut. Sauf un léger bruit de souffle au premier temps, paraissant inorganique, il n'existait pas d'autres phénomènes pathologiques du côté du cœur. H. BARTH.

III. — Grocco discute et rejette l'opinion récemment émise par Dickinson d'après laquelle le souffle présystolique du rétrécissement mitral serait en réalité un souffle systolique précoce.

Se basant sur un cas d'insuffisance aortique avec insuffisance mitrale dans lequel il avait, en se basant sur l'existence d'un souffle présystolique et d'un souffle diastolique, diagnostiqué un rétrécissement mitral dont l'autopsie montra l'absence, Grocco admet que l'insuffisance aortique peut donner lieu, non seulement à un souffle présystolique, comme Flint l'a montré depuis longtemps, mais encore à un souffle diastolique, qui n'est pas la propagation du souffle de la base. G. T.

IV. — Le cancer de l'estomac donne souvent lieu à un bruit de souffle épigastrique intercalé entre les deux bruits cardiaques de façon à simuler un bruit de galop. Ce souffle paraît être dû dans quelques cas au rétrécissement de la coronaire supérieure gauche, et d'autres fois très probablement à un rétrécissement de l'aorte abdominale, par suite de la compression exercée par le néoplasme stomacal. Son intensité varie suivant le degré de la sténose vasculaire et la force impulsive du courant sanguin et indirectement, suivant les conditions de plénitude et de vacuité de l'estomac, et les changements de position du malade. Le bruit de souffle peut s'observer aussi dans l'ulcère simple et disparaître lorsque l'ulcère aboutit à la guérison. Son maximum correspond à l'épigastre.

En dehors du cancer et de l'ulcère de l'estomac, on peut encore entendre un souffle épigastrique occupant le premier temps par propagation d'un souffle cardiaque, ou un souffle intercalé aux deux temps du cœur, soit en déprimant trop fortement l'épigastre avec le stéthoscope chez les sujets très anémiques, soit dans les cas où il existe des plaques athéromateuses de l'aorte abdominale, ou des anévrismes des vaisseaux abdominaux correspondant à l'épigastre. GEORGES THIBIERGE.

V. — Hochhaus a ausculté l'artère crurale à l'état normal et dans les conditions pathologiques. Il a examiné non seulement 109 sujets atteints d'affections cardiaques (d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice aortique), mais encore un grand nombre de cas de fièvres typhoïdes, de pneumonies, de pleurésies, et d'anémies. Chez l'homme bien portant, on n'entend d'habitude aucun bruit ni souffle sur l'artère crurale; en exerçant une légère pression, on entend un léger souffle intermittent qui correspond à la diastole artérielle; une pression plus forte produit un bruit élevé; enfin, une pression qui oblitère la lumière de l'artère, n'est accompagnée d'aucun signe perceptible à l'oreille. Le bruit spontané est presque toujours un phénomène pathologique, tandis que le souffle et le bruit produits par la pression, se manifestent aussi bien à l'état normal que dans les maladies. Il est à noter cependant, que la pression ne produit plus aucun bruit dans les cas d'athérome bien prononcé. On entend le bruit spontané, 1) dans l'insuffisance aortique, parce que l'hypertrophie du ventricule gauche augmente la diastole de la paroi artérielle, 2) presque toujours dans l'insuffisance mitrale non compensée, dans l'anémie et dans les maladies fébriles, en raison de la différence notable qui existe entre la tension initiale du système artériel et l'extension maximum de la diastole; 3) le double bruit de Traube est rare dans l'insuffisance aortique, tandis que le double bruit de la diastole est

plus fréquent; 4) le double souffle apparaît dans les cas bien prononcés d'insuffisance aortique; il est également fréquent dans les rétrécissements aortiques, 5) sauf dans ces cas d'insuffisance aortique, les signes que fournit l'auscultation de l'artère crurale ne peuvent avoir de valeur pour le pronostic ou le diagnostic. RETTERER.

VI. — Riess a déterminé par la percussion le volume du cœur chez 200 sujets. D'après les moyennes obtenues, la matité cardiaque dépasse la ligne médiane dans le troisième espace intercostal de 2c,83 à droite, de 4c,84 à gauche; dans le quatrième, de 3c,61 à droite, de 7c,44 à gauche. Riess rapporte, en terminant, une observation où l'étude attentive du volume du cœur permit de diagnostiquer un anévrisme du ventricule gauche. A. F. PLICQUE.

VII. — Le claquement d'ouverture de la valvule mitrale s'observe chez les malades atteints de rétrécissement mitral avec ou sans insuffisance. C'est un bruit sec, se produisant après le dédoublement du deuxième bruit, et marquant le début du roulement diastolique. On ne l'entend pas à toutes les révolutions cardiaques; il peut disparaître quelque temps et reparaître chez le même malade. Toutes les causes qui accélèrent la circulation le rendent plus intense : on l'entend de préférence à la fin de l'expiration. Il occupe en général toute la région précordiale, son maximum est à la pointe.

Dans les cas de rétrécissement mitral dont le rythme est complet, on perçoit quatre bruits, quand vient s'y ajouter le claquement d'ouverture de la valvule auriculo-ventriculaire.

On ne doit pas le confondre avec le deuxième bruit du cœur dédoublé; il n'a ni le même timbre, ni le même siège. On ne doit pas le confondre non plus avec le bruit de galop qui est présystolique, tandis qu'il précède le roulement diastolique.

Le claquement d'ouverture de la mitrale suppose un rétrécissement prononcé, mais non extrême, et une valvule encore suffisamment souple pour vibrer.

La cause du phénomène est la pression sanguine. Le sang retenu dans l'oreillette, pénétrant difficilement dans le ventricule, presse sur la face interne des valves, les tend et les fait claquer. H. R.

I. — **Ueber die Schwankungen der Blutkörperchen... (Variations du nombre des globules et de la quantité d'hémoglobine au cours de quelques maladies infectieuses), par L.-J.-TUMAS** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XLI*, 4-5, *p.* 323).

II. — **Ueber das biliose Typhoïd, par KARTULIS** (*Deutsch. med. Woch.*, *n*° 4, *p.* 61, 1888).

III. — **Des congestions pulmonaires typhoïdiques, par PAGLIANO** (*Thèse de Montpellier*, 1887).

IV. — **Il tumore der milza nel dermotifo (Tuméfaction de la rate dans la fièvre typhoïde), par MONTEFUSCO** (*La medic. contemp.*, *septembre* 1887).

V. — **On a case of muscular atrophy and gangrene of the lung after typhoid fever, par T. W. SHORE** (*St Barth. hosp. Rep.*, *XXIII*, *p.* 109, 1887).

VI. — **Statistiches und Klinisches über den Unterleibstyphus des Hamburg**

(Fièvre typhoïde à Hambourg), par CURSCHMANN (*Deut. med. Woch.*, *nos* 18 *et* 21, 1888).

I. — Les recherches de Tumas ont porté sur 20 cas de fièvre typhoïde, 9 de pneumonie fibrineuse ; un de typhus pétéchial ; elles ont été faites à l'aide de l'appareil de Malassez. — Dans la fièvre typhoïde, il y a diminution progressive du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine, et cela souvent jusqu'au moment de la convalescence. Il se fait alors une lente réparation.

Ces chiffres s'abaissent aussi dans la pneumonie, mais pour se relever plus rapidement. Dans cette maladie, le nombre des globules blancs est doublé et même triplé. Dans le typhus pétéchial, les choses procèdent à peu près comme dans la fièvre typhoïde.

Ainsi que le démontrent les expériences faites sur les animaux ; et c'est à la fièvre qu'il faut attribuer l'abaissement du nombre des globules rouges et de leur richesse en hémoglobine. A. M.

II. — Kartulis a observé, à Alexandrie, depuis 9 ans, plus de 150 cas de fièvre typhoïde bilieuse, et pratiqué 40 autopsies. Il n'est pas d'accord sur tous les points avec Griesinger qui a décrit la maladie d'après 132 cas vus au Caire en 1851 et 1852.

Les sujets (presque tous des Européens immigrés) étaient âgés de 25 à 45 ans. La maladie se déclarait surtout du 15 mai au 15 juin et ensuite du 15 septembre au 15 octobre. Le chiffre moyen de mortalité peut être fixé à 60 0/0. Comme la maladie est confondue, dans les bulletins de la statistique officielle, avec la fièvre récurrente, il est difficile de savoir exactement le nombre des décès. Elle sévit surtout sur les quartiers humides, bas, sales, au voisinage du port, et frappe spécialement les individus qui vivent sur les places et dans les rues, les marchands ambulants par exemple. L'incubation est très courte : 24 heures, deux jours au plus. Les premiers symptômes sont le frisson, la céphalalgie, le vertige, la fièvre qui s'élève à 39°,5 ou 40°, la courbature, les douleurs articulaires et musculaires. La fièvre persiste en général trois ou quatre jours et disparaît à la fin de la période d'invasion au moment où se manifeste l'ictère, pour survenir encore une fois dans le cours de la seconde période. Parfois le thermomètre ne marque 39° et 40° que pendant deux jours. Le pouls est petit, rapide, irrégulier. Pas de diarrhée au début. Agitation, insomnie, délire.

La période d'invasion ayant duré trois ou quatre jours, la période d'état lui succède ; le début en est marqué par l'ictère, la tuméfaction du foie et l'aggravation des phénomènes généraux ; il y a des vomissements, des épistaxis, de l'albuminurie. Le plus grave de tous les accidents de cette période est l'anurie d'où l'urémie et la mort. La fièvre peut tomber à 38° ou 37°,5. Ce stade dure de deux à cinq jours.

La période typhoïdique se distingue surtout par la diarrhée et les hémorragies cutanées et rénales. Apyrexie, pouls rapide et petit, vomissements, hoquet. La mort peut être causée par l'épuisement, l'urémie, les hémorragies ou encore par l'infection purulente résultant des parotidites qui se manifestent à cette période.

Les malades succombent en général du dixième au seizième jour de la maladie. Dans les cas heureux l'urine devient abondante, l'ictère disparaît lentement ; la convalescence dure toujours 2 ou 3 mois.

Pronostic toujours grave. L'auteur n'a pas observé, comme Griesinger, les guérisons et les améliorations attribuables au sulfate de quinine.

Les lésions intestinales sont comparables à celles de la fièvre typhoïde vulgaire. La rate est peu tuméfiée ; les ganglions mésentériques offrent peu de lésions. Les reins et les voies biliaires présentent une irritation très vive. Pas de résultat bactériologique. L. GALLIARD.

III. — Le travail de Pagliano est basé sur 25 observations personnelles. Il n'existerait pas, d'après lui, de relations directes entre l'état du cœur et les accidents pulmonaires même dans les périodes avancées de la fièvre typhoïde. Il fonde cette opinion sur : *a*) l'absence de cardiopathie antérieure dans un grand nombre de congestions pulmonaires typhoïdiques ; *b*) sur l'indépendance des deux ordres de phénomènes cardiaques et pulmonaires dans les observations où il les a vues coexister ; *c*) sur l'absence de lésions du poumon dans plusieurs cas de myocardite typhoïdique intense et prolongée.

Les congestions pulmonaires typhoïdiques semblent dues à la présence dans le poumon du bacille d'Eberth, qui agit soit par absorption (accidents précoces), soit par élimination (accidents tardifs). On l'a constaté directement dans le tissu pulmonaire, mais pas dans les crachats.

A cette cause première s'ajoutent pour la favoriser les causes secondes : troubles de l'innervation, dégénérescence du cœur, altération des petits vaisseaux pulmonaires, dégénérescence des muscles de la paroi thoracique, décubitus, influence de la pesanteur, etc. A. MOSSÉ.

IV. — Montefusco confirme l'opinion émise déjà par Semmola, que la tuméfaction de la rate n'a aucune importance diagnostique dans la fièvre typhoïde. Dans le plus grand nombre des cas, il n'a constaté aucune modification de la zone de submatité splénique; plus rarement, il y a augmentation de cette zone, surtout dans le sens transversal ; plus rarement, la rate augmente dans des proportions suffisantes pour qu'on la perçoive nettement à la palpation. Les différences dans le volume de la rate tiennent moins aux différences dans l'intensité de l'infection qu'à des différences individuelles dans la résistance de la rate à l'action des micro-organismes. Dans la fièvre typhoïde, on constate au niveau de la rate une augmentation de la température locale d'autant plus prononcée que la tuméfaction de cet organe est plus considérable.

GEORGES THIBIERGE.

V. — Femme de 26 ans : fièvre typhoïde prolongée pendant dix semaines. Trois semaines après son départ de l'hôpital, elle éprouve un affaiblissement du membre supérieur droit qui, en huit jours, gagne l'avant-bras et la main. Cinq semaines plus tard, le bras gauche est pris à son tour. La paralysie est flasque et accompagnée d'atrophie pour les muscles de l'avant-bras; ceux des bras résistent. Perte de la contractilité faradique pour les muscles atrophiés.

Au cours du traitement par la galvanisation, la malade est prise d'hémoptysies; puis, quatre jours après, se déclare un pneumothorax auquel elle succombe.

Autopsie. Epanchement purulent fétide dans la cavité pleurale. Gangrène au sommet du poumon droit, sans cause appréciable (embolie, thrombose, corps étrangers, etc.). Poumon gauche sain, ainsi que le cœur et les reins.

La moelle est saine à l'œil nu, mais à partir de la 4e paire de nerfs cervi-

caux, jusqu'à la 8e, les cornes antérieures sont malades et la plupart des cellules atrophiées. On constate en ce point une prolifération nucléaire anormale et un épaississement de la névroglie. H. R.

VI — La fièvre typhoïde a augmenté à Hambourg dans ces dernières années. Jadis elle était réservée à certains quartiers. En 1885, elle a atteint plus de la moitié des quartiers de la ville; en 1886, elle s'est répandue partout d'une façon uniforme.

Il n'y a plus de foyers dans les maisons. Le plus souvent on ne trouve qu'un sujet pris isolément dans une maison. On ne trouve pas davantage d'épidémie de rues.

L'auteur ne croit pas devoir incriminer le sol ni la nappe d'eau souterraine; il accuse les eaux qui viennent de l'Elbe et ne sont pas suffisamment filtrées. La caserne du 76e régiment d'infanterie, située dans un des quartiers les plus visités par la fièvre typhoïde, est restée presque indemne, parce qu'elle ne reçoit pas l'eau de l'Elbe, mais puise l'eau dans son propre sol. De même une commune voisine, Wansbeck, ne recevant pas l'eau de l'Elbe, a été épargnée.

La statistique de 1886, à l'hôpital général de Hambourg, donne 1,445 cas de fièvre typhoïde. La mortalité a été de 11,5 0/0; le chiffre pour les enfants (au nombre de 204), a été de 7,3 0/0, et les adultes (au nombre de 1,241), de 12 0/0. Les causes de mort par ordre de fréquence sont : la malignité, la péritonite par perforation, la pneunomie, l'hémorragie intestinale, puis quelques complications rares, comme l'endocardite ulcéreuse, le coma, etc. Les hommes ont été relativement plus maltraités que les femmes.

On peut signaler les caractères généraux de l'épidémie de 1886, à Hambourg : tendance à la prolongation de la maladie sans température élevée, rémissions et intermissions; fréquence des rechutes; prolongation de la convalescence.

Les rechutes n'ont paru dépendre ni de la gravité de la première atteinte, ni du traitement, ni des écards de régime. Sur 207 cas de rechutes on n'a compté que 18 rechutes doubles et 3 triples; et seulement 9 décès, soit 4,3 0/0.

Pas de traitement systématique. L. GALLIARD.

I. — Contribution à l'étude de l'albuminurie intermittente, par MERKLEN (*Arch. gén. de médecine, août* 1888).

II. — On cyclic albuminuria, par Robert BARNES (*Lancet,* 12 *mai* 1888).

III. — Nouvelles recherches sur la pathogénie de la glomérulo-néphrite, par OBRZUT (*Rev. de méd., septembre* 1888).

IV. — Sur un cas d'hémoglobinurie dans le cours d'un rhumatisme aigu, par G. HAYEM (*Soc. méd. des hôp.*, 22 *février* 1888).

V. — Notes sur la pathogénie de l'hémoglobinurie, par LÉPINE et par HAYEM (*Ibidem*, 24 *février* 1888).

VI. — Zur Kenntniss der paroxysmalen Hœmoglobinurie, par KOBLER et OBERMAYER (*Zeitsch. f. klin. Med.. XIII, p.* 163).

VII. — De l'hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche, par A. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris,* 15 *avril* 1888).

VIII. — Ein Fall von Hœmoglobinurie, par A. BAGINSKY (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 557, 25 *juillet* 1887).

IX. — Notes sur l'hémoglobinurie, par SALLE et par HAYEM (*Soc. méd. des hôp.*, 13 *avril* 1888).

X. — Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique à frigore, par MILLARD (*Ibidem*, 13 *avril* 1888).

XI. — De l'hémoglobinurie, pathogénie et traitement, par Albert ROBIN (*Ibidem*, 25 *mai* 1888).

XII. — Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémosphérinurie quinique, par PAMPOUKIS et CHOMATIANOS (*Progrès méd.*, 7 *juillet* 1888).

I. — Merklen rapporte trois observations d'albuminurie intermittente périodique, exclusivement diurne. Dans ces trois faits, l'albuminurie manquait pendant des journées entières ou même plusieurs semaines quand les malades étaient maintenus au lit. L'influence de l'alimentation, du froid ou des perturbations nerveuses a été nulle dans les trois cas. L'action de la fatigue musculaire ou de la station debout a paru seule avoir quelque efficacité sur l'apparition de l'albumine.

L'ensemble des caractères de cette singulière affection, l'intermittence régulière de l'albuminurie, l'intégrité de la santé générale, la guérison habituelle sont plutôt en faveur d'un simple trouble fonctionnel du rein que d'une altération anatomique de cet organe. RICHARDIÈRE.

II. — Les récentes discussions, soulevées par Pavy, ont remis à l'ordre du jour les faits d'albuminurie physiologique. On commence à admettre que la présence de l'albumine dans l'urine n'est pas l'indice certain d'un état pathologique du rein et surtout d'une altération anatomique profonde. Ce qui se passe durant la grossesse apporte un solide point d'appui à cette manière de voir.

L'étude de l'albuminurie dans la gestation et dans la scarlatine s'éclaire l'une l'autre. La rareté de ce symptôme dans les deux maladies et la fréquence de la guérison complète empêchent d'admettre comme une loi la réalité du mal de Bright. L. BARBON.

III. — Le but de ce travail était surtout de contrôler les résultats annoncés par Langhans et niés par Hausemann. On sait que, d'après le premier de ces auteurs, les altérations des vaisseaux sanguins glomérulaires et surtout celles de leurs endothéliums jouent le principal rôle dans la production de cette inflammation rénale particulière. On sait aussi que c'est à cette altération que le même auteur attribue les deux symptômes les plus importants de cette affection, à savoir : l'albuminurie et la diminution de la quantité des urines. Hausemann, au contraire, refuse une importance aussi grande aux altérations des vaisseaux du glomérule; pour lui, ces vaisseaux seraient souvent intacts.

D'après trois observations recueillies sur des sujets morts de scarlatine, Obrzut pense que le processus inflammatoire porte souvent à la fois sur la capsule de Bowman (glomérulo-capsulite) et sur les vaisseaux du glomérule (glomérulo-capillarite), mais que la capsulite, dans certains cas, peut rester isolée et suffire à atrophier le glomérule par compression. C. GIRAUDEAU.

IV. — Une femme de 37 ans est prise pour la seconde fois d'un rhuma-

tisme articulaire aigu, le 20 décembre 1887; dès le lendemain urines rouges, sueurs, etc. A son entrée, le 26, on note des urines rouge vineux; le 30, œdème considérable surtout aux avant-bras et aux mains; le 2 janvier pneumonie rhumatismale gauche à type congestif; le 4 péricardite sèche. Le 16, à la suite d'une forte diurèse, diminution des douleurs; le 19 convalescence.

Les urines recueillies le 26 au soir sont transparentes avec dépôt bourbeux; au spectroscope on constate quatre bandes, celles de l'oxyhémoglobine, de la méthémoglobine, et une bande d'urobiline. Le dépôt bourbeux ne contient pas d'hématies, mais beaucoup de globules blancs, pas trace d'ictère, albuminurie notable.

Le 27, les urines recueillies à chaque émission sont de moins en moins colorées; le sang retiré ce jour-là a une coloration normale et le sérum ne présente pas les bandes d'hémoglobine plus fortes que normalement; les jours suivants l'urine était simplement albumineuse.

Hayem, en raison de la persistance de l'albuminurie avec cylindres et globules blancs, admet qu'il s'agit d'une néphrite rhumatismale avec hémoglobinurie et non d'une hémoglobinurie paroxystique. Il rejette la théorie de la dissolution des globules rouges dans le plasma sanguin, et admet que, dans le cas présent, cette dissolution s'est faite dans le rein et s'est produite à l'occasion des altérations congestives du rein, et généralisant il établit qu'il n'y a pas d'altération particulière du sang dans l'hémoglobinurie, mais une lésion rénale avec poussées congestives, pendant lesquelles le sang est dissous dans les reins par un processus mal connu. H. L.

V. — Lépine proteste contre l'assertion de Hayem que le sérum des malades n'est pas coloré et rappelle l'expérience d'Erlich; chez un malade hémoglobinurique, en dehors d'un accès, on plonge la main dans l'eau très froide après avoir lié le bout d'un doigt; on crée une hémoglobinhémie circonscrite; le sang, retiré alors et examiné, contient des hématies très décolorées et un sérum fortement jaune. Il insiste sur la différence entre la résistance des hématies extraites et devenues cadavériques et les hématies circulant et détruites dans le réseau vasculaire.

Hayem réplique que l'hémoglobinhémie existe dans certaines maladies infectieuses, sans s'accompagner d'hémoglobinurie, que le sérum a pu être trouvé coloré par le fait d'expériences mal dirigées; l'hémoglobinurie paroxystique étant une maladie toujours *une* en clinique, il suffit de trouver une fois le sérum incolore pendant l'accès pour rendre douteux les résultats opposés. Il ne saurait admettre que les globules rouges soient plus vulnérables à l'intérieur des vaisseaux qu'en dehors de l'organisme; il est plus logique d'admettre que le refroidissement périphérique agit par l'intermédiaire d'un réflexe nerveux aboutissant au rein au niveau duquel existe quelque altération plus au moins marquée et encore inconnue. H. L.

VI. — Kobler et Obermayer rapportent l'histoire d'un homme de 49 ans, chez lequel les attaques d'hémoglobinurie s'accompagnaient de troubles du système nerveux, pupilles étroites ne réagissant plus à la lumière, perte presque complète de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs jusqu'aux coudes et aux genoux, exagération du réflexe rotulien. Cette exagération a déjà été notée dans les expériences de Silbermann (injections d'hémoglobine à des lapins).

L'analyse du sang montra que la quantité d'hémoglobine était avant l'at-

taques 90 0/0 de la quantité normale. Après l'attaque on ne trouvait plus que 80 0/0. Chaque attaque amenait donc la perte de 1/9 de la quantité totale d'hémoglobine.

Le nombre des hématies était de 3,560,000 avant, 2,890,000 pendant, et 3,810,000 après l'attaque. Ce dernier chiffre montre que les hématies se reconstituent rapidement, mais les nouveaux globules sont pauvres en hémoglobine.

Bien que la température atteignît au moment de l'accès 39°,6, l'urine ne présentait aucun des caractères de l'urine fébrile. Elle était abondante, légère et, contrairement à ce qu'aurait pu faire supposer la destruction des globules rouges, très peu chargée de matières extractives. A. F. PLICQUE.

VII. — Le fait de Robin concerne un jeune homme de 16 ans, sans antécédents pathologiques. En 1885, après une marche, émission d'une urine épaisse et rougeâtre; dans les mois qui suivent, le même phénomène se reproduit et dure de 6 à 24 heures, toutes les fois que le jeune homme fait une promenade un peu longue. Aucun autre symptôme important n'accompagne ces mictions : on diagnostique une hémoglobinurie paroxystique. L'urine examinée, durant un accès d'hémoglobinurie, survenu après une course de trois kilomètres, confirme ce diagnostic : un traitement par les toniques, l'acide arsénieux et le régime lacté produit une amélioration sensible. Mais quelques mois plus tard, après une étape de cinq kilomètres, nouvel accès accompagné de vives douleurs dans les reins, qui sont suivies de l'expulsion par l'urètre d'une masse de la grosseur d'un petit pois et constituée par un lacis fibrineux enserrant des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique. Mêmes résultats donnés par l'examen de l'urine qui, comme la première fois est légèrement albumineuse. Même traitement prolongé et guérison.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions au sujet de l'origine rénale de cette variété d'hémoglobinurie paroxystique, et de l'influence possible de cette hémoglobinurie sur la genèse des calculs. Il signale en outre ce fait qu'elle s'accompagne d'albuminurie, indice d'une poussée congestive du côté du rein, et qu'elle donne lieu à des modifications dans les échanges interstitiels. Le traitement doit avoir pour but de supprimer la cause déterminante des accès, c'est-à-dire la marche et la fatigue, et d'agir sur la nutrition générale. OZENNE.

VIII. — Garçon de 3 ans et 1/2, pas de syphilis héréditaire; le premier accès d'hémoglobinurie s'est produit sans cause appréciable, il y a 15 mois; depuis lors, l'enfant a eu plusieurs attaques de même genre, quand il s'était exposé au froid. Il a alors de la cyanose des extrémités et un frisson, suivis la nuit ou le lendemain matin d'émission d'urines noirâtres d'abord, puis sanguinolentes, enfin plus pâles qu'à l'état normal. Toutes les urines, surtout les premières, sont très sédimenteuses. Le dépôt se compose de masses d'hémoglobine sans aucun globule rouge et de vers nématodes lombricoïdes du genre rhabditis. Ces vers ne se rencontraient que dans les premières urines de l'accès, ou urines noirâtres.

Ni le sang ni les matières fécales de l'enfant ne renfermaient de nématodes, il n'y avait pas de chylurie au spectroscope, l'oxyhémoglobine était reconnaissable dans l'urine, mais non pas la méthémoglobine. Après l'accès, l'urine ne contenait pas d'albumine.

Dans la discussion Virchow déclare qu'il ne doute pas que chez le malade les rhabditis aient eu, quant à l'hémoglobinurie, le même rôle étiologique qu'un autre nématode, le filaire sanguin dans l'hématurie tropicale et la chylurie. J. B.

IX. — Salle admet que l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* résulte

d'un processus sanguin, lequel occasionne un trouble nerveux secondaire. Pour prouver que l'affection est une maladie du sang, il s'appuie sur la coagulation rapide, mais incomplète du sang, sur la coloration constante du sérum par l'hémoglobine, sur l'absence de tendance des globules à l'empilement. Il y a donc une lésion qualificative du plasma. Au point de vue pathogénique, il fait jouer un rôle important au nerf de Cyon excité par un sang toujours hémoglobinhémique. En un mot, c'est une névrose vaso-motrice, d'origine hématopathique.

Hayem répond que l'existence de l'hémoglobinhémie, au moment des accès d'hémoglobinurie paroxystique, n'est pas démontrée; que le refroidissement n'est pas la seule cause des accès; qu'il y a souvent des troubles rénaux concomitants d'intensité variable.

X. — La malade observée par Millard a présenté en 7 mois huit attaques d'hémoglubinurie, toutes manifestement provoquées par le refroidissement. Elle accusait alors des douleurs lombaires très précises. L'examen du sang, en dehors des crises, n'a donné que des renseignements négatifs. H. L.

XI. — Robin a observé une femme de 73 ans, atteinte d'une vieille néphrite interstitielle, dont elle semblait n'avoir jamais souffert, et de trouble gastro-œsophagiens, qui faisaient penser à un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage.

Peu de jours après, cette femme fut prise de douleurs rénales, l'estomac devint intolérant et il se produisit un accès d'hémoglobinurie durant 48 heures, qui fut jugé par une crise de polyurie. -- Puis après une courte accalmie survint une pneumonie accompagnée le troisième jour d'un nouvel accès d'hémoglobinurie, avec oligurie accentuée; — mort rapide.

A l'autopsie, on trouva, outre des lésions de différents viscères, poumons, cœur, etc., le rein droit complètement atrophié (45 gr.), scléreux et notablement congestionné ; le rein gauche, d'aspect violacé, siège d'une congestion colossale, généralisée (198 gr.). L'examen histologique montre l'existence d'abord de lésions anciennes, néphrite interstitielle de cause artériosclérеuse, puis d'une lésion récente, un œdème aigu congestif, se manifestant par ilôts; les globules blancs avaient envahi le tissu conjonctif intertubulaire.

Robin conclut de cette autopsie que l'hémoglobinurie a eu pour condition locale efficiente la congestion rénale.

Il en conclut que l'hémoglobinurie ne saurait se produire sans le concours de deux facteurs; le premier, préparatoire, est une altération de la nutrition diminuant la résistance des hématies; le second est un processus de congestion rénale. Il admet que l'on peut établir deux grandes catégories : 1° les hémoglobinuries vraies; divisées elles-mêmes en paroxystiques, causées par le froid, la marche, et brightiques, qu'elles viennent dans le cours d'une néphrite ancienne, ou qu'elles soient le premier acte d'une congestion rénale aiguë primitive ; — 2° les hémoglobinuries toxiques, où la lésion des hématies entre seule en ligne de compte.

Robin, au point de vue thérapeutique, conseille d'abord le traitement de la maladie prédisposante, quinine aux paludiques, ferrugineux aux anémiques, benzoate aux uricémiques, etc., proscrit les bains et douches, conseille le port de la flanelle, le repos et fait éviter sévèrement toute occasion de refroidissement. — Il prescrit aussi les aliments soit oxaliques, soit riches en matières extractives (charcuterie), soit excitateurs des reins (café, thé, bière, asperges etc.).

Pendant les paroxysmes, régime lacté et repos au lit. H. L.

XII. — Pampoukis et Chomatianos rapportent 6 observations de

malades atteints de fièvres palustres chez lesquels les urines ont pris un aspect sanguinolent après l'emploi du sulfate de quinine; les urines examinées au microscope contenaient de l'hémosphérinurie, mais pas de cylindres, pas de globules sanguins. Ils concluent que la quinine peut provoquer une hémosphérinurie apyrétique chez les personnes atteintes de fièvres palustres ordinairement chroniques ; quelquefois la fièvre accompagnait ce symptôme. Ils ont employé différents sels de quinine, sulfate, bromhydrate, tannate, qui tous peuvent donner l'hémosphérinurie, même à petites doses, 0 gr. 30 ; — au contraire, la cinchonine et son sulfate, la quinoïdine et le quinquina n'ont jamais provoqué ce trouble urinaire.

D'après eux la fièvre bilieuse hémosphérinurique palustre se déclare chez des gens n'ayant pas pris de quinine; se guérit par la quinine, et peut se répéter plus tard malgré la cessation de la quinine; elle est rare d'ailleurs et se déclare par petites endémies. H. LEROUX.

I. — Etude clinique sur la fièvre du goitre exophtalmique, par H. BERTOYE (*Thèse de Lyon*, 1888).

II. — Demonstration eines Falles... (Coexistence d'une maladie de Basedow et d'une maladie d'Addison), par OPPENHEIM (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 384, 7 *mai* 1888, *et Centralbl. f. Nervenheilk.*, *janvier* 1888).

III. — Morbus Basedowii und bronced skin, par H. KURELLA (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *n°* 4, 1888).

IV. — Cutaneous affections in Graves's disease, par W. BURTON (*Brit. med. j.*, *p.* 764, *octobre* 1888).

V. — L'ophtalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans le goitre exophtalmique, par BALLET (*Soc. méd. hôpit.*, 24 *février* 1888, *et Rev. de méd.*, *juin* 1888).

VI. — Ein Fall von acuten Œdem retro-bulbären, par GROSS (*Soc. méd. de Vienne*, 17 *juin* 1887).

VII. — De la cachexie thyroïdienne dans le goitre exophtalmique, par Gabriel GAUTHIER (*Lyon méd.*, 27 *mai* 1888).

I. — La fièvre se montre fréquemment, sinon toujours, dans la maladie de Basedow, sans qu'on puisse d'ordinaire assigner une cause à son apparition. Elle peut y revêtir les types suivants : 1° état fébriculaire ; 2° état fébrile ; 3° poussée fébrile inaugurale ; 4° poussée fébrile clôturale (mort); 5° poussée fébrile épisodique, éphémère ou persistante (types typhoïde, rémittent, intermittent).

L'apparition de la fièvre est d'un pronostic fâcheux, et si elle persiste un certain temps, elle aboutit à la cachexie et à la mort. Elle est souvent efficacement combattue par l'emploi de l'eau froide.

Suivant Renaut, elle résulte de la mise en jeu simultanée d'une perturbation nerveuse et d'un agent infectieux peut-être dû au défaut de fonctionnement de la glande thyroïde. LEFLAIVE.

II. — Oppenheim relate l'histoire d'un homme de 46 ans, qui atteint d'abord de palpitations et de tremblement, ne tarda pas à présenter tous les symptômes de la maladie de Basedow, y compris des accidents viscéraux graves (asystolie, ascite, diarrhée). Au cours de son affection, apparut une

coloration bronzée des téguments de la face, du tronc et des membres, sous forme de plaques et de taches. Les muqueuses buccales et conjonctivales présentaient également des îlots pigmentés. Pas d'autopsie.

Un fait du même genre a été publié en France par Marie, et se trouve consigné dans les bulletins de la Société clinique. P. M.

III. — Fille de 16 ans, d'intelligence faible, chez laquelle, lors de la première menstruation, s'étaient développés les palpitations, puis le goitre et enfin l'exophtalmie; coloration brun foncé de l'aréole du sein; plaques de couleur bronzée au niveau des aisselles et pigmentation diffuse des deux côtés au niveau des yeux; plus tard de nouvelles plaques se firent sur les bras et les seins. (Ne s'agit-il pas là encore, au lieu de maladie d'Addison, d'un simple vitiligo dont on connaît d'ailleurs la fréquence dans la maladie de Basedow?) PIERRE MARIE.

IV. — Burton rapporte un cas de goitre exophtalmique très prononcé chez une femme de 49 ans. Début par des phénomènes dyspeptiques, puis développement de palpitations, de battements aortiques et thyroïdiens. Le point spécial est la coloration de la peau, qui rappelle à s'y méprendre la maladie d'Addison. La pigmentation siège à la face, au cou, aux aisselles, sur le dos, les parties génitales, les jarrets; les muqueuses sont saines. L'urine examinée ne renferme pas de sucre; mais précipitée par l'acétate de plomb, et redissoute dans l'alcool, elle donne au spectroscope une bande sombre caractéristique de la présence de l'hématoporphyrine : fait signalé par Mac Munn dans la maladie d'Addison. H. R.

V. — L'ophtalmoplégie externe peut s'observer chez les individus atteints à la fois de goitre exophtalmique et d'hystérie, d'hystérie seule, de goitre exophtalmique seul. Dans ces trois cas, elle signifie qu'il existe une paralysie des nerfs moteurs oculaires, dont la cause, certainement centrale, réside au niveau ou au-dessus de l'origine réelle de ces nerfs. La coïncidence possible de l'opthalmoplégie externe et du goitre exophtalmique constitue pour Ballet un argument en faveur de la théorie qui rattache la maladie de Basedow à un trouble du système nerveux central, particulièrement à un trouble bulbaire. On peut d'ailleurs observer chez les individus atteints de goitre exophtalmique la paralysie des autres nerfs moteurs émanés de la moelle allongée, branche motrice du trijumeau, nerf facial, nerf grand hypoglosse. Ces symptômes inconstants ont la même signification pathogénique que l'ophtalmoplégie.

Les troubles habituels de la maladie de Basedow relèvent eux-mêmes des paralysies bulbaires nucléaires, paralysie nucléaire du pneumogastrique qui engendre la tachycardie et quelquefois la dyspnée, les troubles gastriques : paralysie des centres vaso-moteurs qui donne naissance aux poussées congestives de la face et du cou. Le goitre et l'exophtalmie résulteraient de la coïndence de ces deux ordres de troubles : paralysie vaso-motrice et tachycardie. Ces diverses paralysies ne dépendent pas d'une lésion matérielle. Ce sont de simples troubles fonctionnels susceptibles d'amélioration ou d'aggravation, de guérison ou de récidives. Il résulte de ce qui précède que la maladie de Basedow est avant tout une névrose bulbaire. Souvent, cependant, les troubles fonctionnels se diffusent au delà de la sphère d'action de la moelle allongée : aux désordres d'origine bulbaire s'ajoutent alors des troubles d'origine médullaire ou corticale.

La maladie de Graves s'associe fréquemment à d'autres névroses :

hystérie, épilepsie, vésanie. Cela tient à ce qu'il y a, entre ces affections et le goitre exophtalmique, affinité de nature. Toutes, en effet, font partie de la famille névropathique et se développent sur un terrain préparé d'ordinaire de longue date par une hérédité défectueuse.

C. GIRAUDEAU.

VI. — Un sujet de 29 ans, bien portant, mais obèse, est atteint pendant la nuit d'exophtalmie du côté droit avec œdème palpébral et névralgie trifaciale, vomissements, vertige, ralentissement du pouls (40 pulsations). Réaction pupillaire normale. Le matin les symptômes diminuent et le soir tout est terminé.

Au bout de quinze jours, nouvel accès analogue, à la suite d'une émotion. Cure d'eau de Marienbad.

Quelques accès sont survenus depuis cette époque, mais peu intenses et sans phénomènes cérébraux (pas de vomissements, etc.). Depuis deux ans le malade en est complètement débarrassé. L. GALLIARD.

VII. — Tous les signes de la cachexie strumiprive se retrouvent plus ou moins réunis, d'après Gauthier, dans la maladie de Basedow ; si, dans bien des cas, une lésion de la glande commande l'affection générale, elle agit alors au point de vue de la production de la cachexie, de la même façon que la lésion des organes lymphogènes dans la cachexie leucémique ou l'ablation de la glande dans la thyroïdectomie.

A. C.

I. — Zur Lehre von der Tetanie, par J. HOFFMANN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLIII, p.* 53).

II. — Ueber mecanische und elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie (Sur l'irritabilité électrique et mécanique des nerfs et des muscles dans la tétanie), par Lothar v. FRANKL-HOCHWART (*Ibidem, Band XLIII, p.* 21).

I. — J. Hoffmann rapporte 15 cas de tétanie, ce qui lui permet de faire sur cette affection une étude d'ensemble intéressante.

La tétanie s'observe surtout de 16 à 25 ans chez les individus faibles et anémiques. Elle parait plus fréquente chez les individus qui exercent une profession qui demande un travail de la main relativement délicat : les cordonniers, les tailleurs. Chez un des malades de Hoffmann, on avait pratiqué l'extirpation du corps thyroïde. Dans la cachexie strumiprive, on a relevé, du reste, certains phénomènes qui ne sont pas rares dans la tétanie : le tremblement fibrillaire, les secousses cloniques, la raideur musculaire, les convulsions épileptiformes avec perte de connaissance. Chez les animaux auxquels on a extirpé le corps thyroïde, on relève souvent la somnolence, l'apathie. La tétanie pourrait bien prendre place sans doute parmi les manifestations de la cachexie consécutive à l'extirpation du corps thyroïde.

Le plus souvent, les extrémités supérieures et inférieures sont simultanément atteintes, souvent aussi la langue, les muscles des yeux, du larynx et du pharynx. Une fois seulement, la contracture était limitée aux membres supérieurs. Toujours elle a été bilatérale; sa durée peut être de quelques heures à 8 ou 10 jours.

Les contractions fibrillaires, prodromes des attaques, persistent après elles. L'excitabilité des muscles de l'avant-bras a été trouvée exagérée;

les réflexes rotuliens étaient normaux. Tous les malades avaient des phénomènes de paresthésie cutanée, un seul de véritables névralgies des espaces intercostaux et des régions lombaires. Les réflexes cutanés n'étaient pas altérés.

Le signe de Trousseau a été constaté dans tous les cas (survenue de la contracture sous l'influence de la compression de l'artère principale du membre). L'excitabilité électrique des nerfs était également exagérée pour les courants galvaniques ou faradiques. On constatait également dans le nerf facial cette excitabilité exagérée. L'excitabilité mécanique a manqué dans un cas seulement. La compression des nerfs provoquait moins sûrement que la compression des artères la contracture des extrémités.

L'excitabilité électrique des nerfs sensitifs, jusque-là négligée, a été trouvée augmentée au même titre que l'excitabilité des nerfs moteurs.

La maladie peut durer de 6 mois à 20 ans, avec des rémissions plus ou moins considérables entre les crises successives. La guérison est la terminaison la plus fréquente.

On peut constater des phénomènes de paralysie ou de parésie. D'autres fois, on relève des douleurs lombaires, de la raideur dans les cuisses, de la raideur des jambes, de la faiblesse, plus rarement de l'atrophie musculaire.

Hoffmann pense que la tétanie est une manifestation d'origine médullaire.

II. — De ses recherches, Frankl-Hochwart conclut que l'excitabilité galvanique est augmentée dans la presque totalité des cas de tétanie (18 fois sur 19). Le nerf cubital paraît surtout présenter une excitabilité marquée. Erb a fait remarquer, du reste, que la position prise par la main indique l'intervention du nerf cubital. L'excitabilité faradique paraît être normale; l'auteur toutefois fait des réserves sur cette conclusion.

L'exagération de l'excitabilité électrique des muscles est moins fréquente que celle des nerfs.

Dans un cas de tétanie très prédominante d'un côté, il n'y avait cependant pas de différence bien marquée dans l'excitabilité des deux côtés.

L'excitabilité mécanique exagérée des muscles est un phénomène constant et très important de la tétanie. ALBERT MATHIEU.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Occurence of the mammary secretion... in two non-pregnant women (Deux faits de sécrétion mammaire en dehors de la grossesse), par JOHNSTON (*Americ. Journ. of obst.*, *août* 1888).

Deux cas de sécrétion mammaire ont été observés par Johnston dans les circonstances suivantes :

Dans le premier, une femme de 32 ans, multipare, éprouve des malaises analogues à ceux de ses grossesses antérieures : nausées, vomissements,

constipation, ptyalisme. Elle perçoit des mouvements, et ses seins augmentent de volume et deviennent le siège d'une sécrétion très abondante. Un examen direct démontre que le col est petit, normal ; que le corps de l'utérus, légèrement rétrofléchi, n'est nullement augmenté de volume. Il n'y a donc pas grossesse. Peu à peu les troubles généraux disparaissent, mais la sécrétion du lait persiste.

La seconde observation est celle d'une femme de 32 ans, mère de deux enfants et ayant subi la trachélorraphie pour une déchirure bilatérale du col. Neuf mois après cette opération, elle commence à éprouver des troubles généraux, de l'irritabilité vésicale, et elle sent des mouvements dans l'abdomen ; les seins se gonflent et sécrètent une grande quantité de liquide. Une exploration attentive permet d'éliminer toute idée de grossesse ; mais l'utérus est abaissé, rétrofléchi et douloureux. La réduction de l'organe et son maintien à l'aide d'un pessaire suffisent pour faire disparaître progressivement la sécrétion anormale des mamelles.

Si, dans le premier cas, la cause de l'activité mammaire est restée inconnue, dans le second, elle était évidemment due au déplacement utérin, puisque la sécrétion a disparu avec la réduction de l'organe.

La sécrétion accidentelle du lait peut s'observer dans diverses conditions bien établies par R. Duval (*Th. Paris*, 1881) : 1° pendant la menstruation ; 2° dans le cas de tumeur du sein ; 3° au cours d'une affection de l'appareil utéro-ovarien ; 4° sous l'influence de troubles mécaniques ou psychiques indépendants de toute lésion génitale ; 5° après la ménopause. CH. MAYGRIER.

Causes et traitement de la stérilité chez la femme, par H. KISCH, traduit par WEISS (*In-8°, Paris*, 1888).

D'après la statistique de l'auteur, 134 fois la stérilité était congénitale, 207 fois acquise. Les principales causes de la stérilité étaient 132 fois des exsudats périmétriques, périovariques ou paramétriques, 104 fois la métrite ou l'endométrite chronique, 58 fois l'obésité excessive, 40 fois la scrofule, 54 fois des déviations de l'utérus, le plus souvent la rétroflexion, 39 fois la sténose de l'orifice cervical, 19 fois l'agnospermie ou l'aspermatisme, 17 fois le développement insuffisant de l'utérus (infantilisme ou défaut), 9 fois le vaginisme, 5 fois la persistance de l'hymen, etc. Cette statistique diffère très notablement des autres statistiques fournies sur ce même sujet. Cela tient évidemment à ce que l'auteur, médecin à Marienbad, a observé certaines catégories de maladies plus fréquemment que d'autres. C'est ainsi que les déviations utérines, les anomalies de l'hymen, du vagin et du col n'occupent pas la place et n'ont pas dans cette statistique la fréquence qu'on leur accorde habituellement. La blennorragie marquée seulement 4 fois possède pour certains auteurs une influence prépondérante qui se trouve probablement confondue dans les lésions péri-utérines.

L'auteur s'étend longuement sur l'historique et sur les causes de la stérilité qu'il range sous les chefs suivants : 1° Inaptitude à l'incubation ; 2° obstacle au contact du sperme et de l'ovule ; 3° agnospermie ; 4° inaptitude à l'incubation de l'œuf. Ce dernier chapitre a de nombreux points de contact avec l'étiologie de l'avortement. On lira avec intérêt les nombreuses considérations développées par l'auteur dans ce livre qui compte plus de 300 pages et est illustré de nombreuses figures. Il

nous est impossible de le suivre dans les détails qui y sont développés.

Il est évident que l'étiologie donnera toujours les meilleures indications du traitement. L'auteur proteste contre l'intervention chirurgicale à outrance dans le traitement de la stérilité, inaugurée par Sims et suivie par la plupart des chirurgiens de notre temps. Comme médecin des eaux de Marienbad, il exagère peut-être le bien fondé de ses craintes et du traitement qu'il lui oppose. PORAK.

I. — Étude chirurgicale sur les inflammations des organes génitaux internes de la femme, par MONPROFIT (*Thèse de Paris* 1888).

II. — Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, par WALLON (*Mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique, t. VIII, fasc.*

III. — Du curage dans l'endométrite, par BOUREAU (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., février-mars-avril-mai-juin* 1888).

IV. — Du curage et de l'écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique puerpérale, par CHARPENTIER (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 18 *septembre* 1888).

I. — Ce travail constitue une exposition claire et complète de l'histoire des salpingites et des ovarites, basée sur 16 observations inédites. Il offre avec la thèse de Lavie des documents à consulter et qui échappent à une analyse fortement écourtée. Pour l'auteur, la pelvi-péritonite n'existerait pour ainsi dire pas autrement que comme complication de la salpingo-ovarite et celle-ci ne résulterait que d'une propagation d'une inflammation existant primitivement dans l'utérus, s'étendant par continuité des tissus d'abord à la trompe, puis à l'ovaire, enfin au péritoine. L'auteur, très convaincu de l'urgence qui s'impose au chirurgien d'enlever les annexes de l'utérus malades, décrit dans tous ses détails l'opération qui a été tout d'abord conseillée et pratiquée par Lawson Tait.

PORAK.

II. — Longue critique des causes de l'inflammation péri-utérine des annexes de l'utérus et du péritoine pelvien. L'inflammation péri-utérine est toujours secondaire. L'inflammation intra-utérine les produit et l'entretient. L'inflammation intra-utérine est elle-même constamment le résultat d'une infection dont l'agent variable est toujours un microbe, puerpéral, gonorrhéique ou innomé qui infiltre la muqueuse et de là se propage autour de l'utérus.

Conséquemment le traitement de l'inflammation péri-utérine suppose la guérison de l'endométrite. Aussi, contrairement aux opinions généralement adoptées, les lésions péri-utérines, au lieu de constituer une contre-indication au traitement intra-utérin en deviennent l'indication la plus pressante. L'auteur conseille donc, quel que soit le degré d'acuité des lésions inflammatoires péri-utérines, de pratiquer la dilatation forcée de l'utérus, de racler la muqueuse. A l'aide d'un traitement antiseptique, on serait toujours à l'abri des complications qui effraient tant la majorité des praticiens.

La dilatation forcée, brusque, à l'aide d'instruments métalliques, doit être préférée. Elle a pour résultat d'étaler la muqueuse utérine, de permettre l'issue facile des produits secrétés par la muqueuse de l'utérus, voire même par les trompes, de décongestionner l'utérus en paralysant

momentanément les faisceaux musculaires qui arrêtent ou gênent la circulation veineuse, de supprimer la douleur par l'élongation des filets nerveux.

L'auteur fournit, à l'appui du traitement qu'il préconise, la relation de 12 observations inédites, 7 de pelvipéritonite non puerpérale, 5 de pelvi péritonite puerpérale. Dans plusieurs cas l'inflammation pelviutérine était aiguë avec suppuration. Dans deux cas l'abcès se fit jour à travers la cavité utérine dilatée elle-même. PORAK.

III. — Étude très complète du curage, basé sur 110 observations provenant de la clinique de Doléris et faisant suite à une publication antérieure portant à plus de 500 le nombre de cette opération pratiquée par Doléris.

Sur ces 110 observations, 52 fois le curage fut accompagné de l'écouvillonnage, 18 fois il fut explorateur, 36 fois combiné avec d'autres opérations : trachélorraphie, périnéorraphie, colporraphie, amputation du col, raccourcissement des ligaments ronds, extirpation de fibromes. Dans plus de la moitié des cas on dut préalablement dilater l'utérus. 84 malades ont pu être suivies et 52 d'entre elles ont été complètement guéries, 18 améliorées. Une seule fois on a observé chez une malade indocile une poussée de paramétrite qui a d'ailleurs bien guéri. Cinq fois l'auteur a appris que les malades, ayant supporté le curage, sont devenues ultérieurement enceintes. PORAK.

IV. — Charpentier, rappelant la division de Cornil des affections puerpérales en trois classes, propose un mode de traitement pour la troisième forme, celle dans laquelle on trouve une fausse membrane épaisse, adhérente à la muqueuse utérine et remplie de micro-organismes, avec phlébite sans pus.

Les injections intra-utérines, par lesquelles on doit toujours commencer, ne réussissant pas constamment à détruire rapidement le germe, le micro-organisme, il faut user d'un moyen plus actif, qui soit sans danger pour les malades; ce moyen, c'est le curage et l'écouvillonnage antiseptique de l'utérus, qui a déjà donné de nombreux succès. Après avoir rappelé qu'il vient d'en recueillir quelques nouveaux exemples, l'auteur décrit le manuel opératoire. Lavage vaginal, abaissement, curage et écouvillonnage de l'utérus, puis il répond aux reproches que l'on a adressés à ce procédé, déjà employé par Doléris dans les cas d'avortement, et il termine en concluant que, lorsque les injections intra-utérines ont échoué, il faut avoir recours au curage associé à l'écouvillonnage, moyen plus radical, qui a donné des résultats merveilleux. OZENNE.

Zur Casuistik der Gascysten der Scheide (Des kystes gazeux du vagin), par PIERING (*Zeitschrift für Heilkunde, Bd. IX, n° 3, p. 261, 1888*).

Sous le nom de colpohyperplasia cystica, Winckel a décrit, en 1871, une maladie survenant généralement à la fin de la grossesse, et caractérisée par de nombreux petits kystes superficiels à contenu gazeux ; il les explique par l'agglutination des replis de la muqueuse. Pour les uns, il s'agit de lymphangiectasie (Klebs, Chiari, etc.); pour d'autres, de cavités interstitielles du tissu conjonctif. On y a vu aussi le résultat d'extravasats sanguins ou de modification des glandes vaginales. Piering en a observé un cas : c'étaient de petites vésicules à reflets bleuâtres,

tapissant le fond du vagin, bien tendues, ne contenant pas de sérosité, donnant une sensation de crépitation emphysémateuse et s'affaissant à la suite d'une piqûre. On en excisa un fragment pour l'examen microscopique, ce qui amena la disparition de la maladie. L'auteur trouva que les plus petits étaient au centre de follicules lymphatiques, avec un entourage des cellules géantes; une disposition analogue se trouvait sur les plus grands du volume d'un pois. Il en conclut, avec Chiari et Breisky, que ces kystes sont des lymphangiectasies; ils prennent naissance dans les follicules et, quand les gaz ont acquis une certaine tension, ils pénètrent dans les fentes lymphatiques où ils forment des dilatations sacciformes.

Les communications qu'ils entraînent entre eux, expliquent pourquoi l'excision d'un fragment de muqueuse a fait disparaître la maladie, ce qui serait incompréhensible s'il s'agissait d'une affection glandulaire. Breisky pense que les gaz et les cellules géantes auraient peut-être une origine bactérienne commune; les recherches n'ont point porté de ce côté. LEFLAIVE.

Quelques accidents provoqués par les injections intra-utérines, par MANGIN (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., décembre* 1887, *janvier-février* 1888).

Les accidents à la suite des injections intra-utérines, rarement graves, sont cependant plus fréquentes qu'on ne semble généralement l'admettre. De nombreuses observations inédites publiées dans ce travail les rapportent aux causes suivantes :

1° Introduction du liquide dans le péritoine par les trompes. Cela arrive surtout lorsque les trompes sont dilatées.

2° Introduction du liquide dans les vaisseaux. Rétention du liquide. A ce chef et au précédent sont surtout dus les phénomènes d'intoxication variables suivant les substances antiseptiques employées.

3° Accidents septiques, qui seraient rattachés à la présence de colonies microbiennes dans le système circulatoire de l'utérus.

4° Accidents nerveux, rarement graves.

On voit que l'auteur n'accorde pas d'importance à d'autres causes signalées par les auteurs, telles que l'introduction de l'air dans les veines, la production de l'embolie, l'apparition des phénomènes inflammatoires, etc. PORAK.

Ovarite, par P. PETIT (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., juillet* 1888).

Travail basé sur 7 observations inédites d'ovaires malades enlevés par la laparotomie. L'ovarite est scléreuse ou suppurée; on peut y rencontrer des kystes folliculaires suppurés dans le premier cas, séreux, caséeux ou sanguins dans le second cas. Les follicules suppurés sont observés à la suite de l'avortement ou de l'accouchement. Ils sont longtemps stationnaires et constituent une source latente d'infection. Ces kystes folliculaires commandent l'inflammation interstitielle beaucoup plus qu'ils n'en dépendent. Le processus pathologique se succède ainsi : hypergenèse de l'épithélium cubique par poussées successives, n'aboutissant pas à la ponte, sclérose de la paroi folliculaire, dégénérescence de l'épithélium,

liquéfaction des productions de rétention par des exsudats, des hémorragies.

Les ovaires malades peuvent acquérir le volume du poing.

Il faut tout d'abord recourir au traitement palliatif et ne se décider à intervenir que lorsque, malgré l'insuccès de cette thérapeutique, les malaises persistent et la tumeur augmente. PORAK.

Torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire. Etiologie, pathologie. Diagnostic et traitement, par Knowsley THORNTON (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 357, *octobre* 1888).

La torsion du pédicule est plus fréquente avant la ménopause, surtout entre 30 et 45 ans, la suppression des règles par le processus joue aussi un rôle important : sur 6 ovariotomies, 5 fois il y avait torsion du pédicule.

Les kystes dermoïdes présentent plus souvent cette torsion.

Le froid, le traumatisme, sous forme d'accidents ou de violence directe, un mouvement brusque, un changement rapide de position peuvent déterminer les phénomènes aigus de la torsion du pédicule; ces causes ont pu être 8 fois relevées.

Seulement, dans 8 cas, il fut impossible de retrouver la cause ayant amené l'accident.

Sur les 57 malades observées, il y avait 36 femmes mariées. Le côté de la tumeur ne semble pas avoir d'influence, 28 kystes siégeant à droite et 28 kystes siégeant à gauche. Dans un cas, les deux ovaires étaient atteints.

Les fibres musculaires contenues dans le pédicule, les vaisseaux ont probablement une action sur la torsion. Klob avait pensé que les alternatives de plénitude de vacuité de la vessie prédisposaient à la rotation. Il est fort difficile de donner les raisons qui déterminent la rotation tantôt de droite à gauche et tantôt de gauche à droite. Si l'on examine le diagramme que donne l'auteur, il est possible de comprendre comment il admet que la torsion du pédicule peut être due au mouvement péristaltique de l'intestin. L'état lisse ou irrégulier de la surface du kyste peut entrer en ligne de compte pour expliquer la rotation ou la fixité de la tumeur. La rotation semble se faire plus souvent de droite à gauche pour le côté droit et plus souvent de gauche à droite pour le côté gauche.

Les conséquences de la torsion du pédicule sont amenées par le trouble circulatoire qu'elle détermine. Les artères continuent à amener le sang, protégées qu'elles sont par de solides tuniques; mais les veines ne peuvent le ramener. De là des phénomènes de congestion, des ruptures vasculaires, des épanchements sanguins, qui se mêlant au liquide du kyste, ne peuvent faire issue dans le péritoine. Dans ce cas, la terminaison est fatale, mais parfois l'hémorragie cesse, puis s'enkyste et peut être résorbée; des adhérences se forment et le kyste peut vivre grâce à ces nouveaux vaisseaux. Ainsi, dans ces cas, la règle est de trouver les kystes emprisonnés dans des adhérences nombreuses, rendant plus grave l'intervention. Rarement on trouve la tumeur atrophiée par défaut d'apport nutritif.

Le diagnostic doit mettre le chirurgien sur ses gardes. Si la tumeur

n'est pas diagnostiquée avant les phénomènes aigus, le diagnostic devient très difficile, l'examen devenant alors presque impossible. Les principaux signes sont : subit accroissement de la tumeur, faiblesse du sujet, pâleur, pouls rapide et tous les signes d'une hémorragie interne. Bientôt surviennent des phénomènes qu'on peut rapporter à la péritonite. Parfois il y a hémorragie utérine.

Si le diagnostic est fait, l'indication formelle est d'opérer d'urgence; s'il y a des prénomènes aigus de péritonite, peut-être fera-t-on bien d'attendre qu'ils aient disparu. F. VERCHÈRE.

I. — Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne, par P. SEGOND et Discussion (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1888, *XIV*, *p.* 400, 419, 435 *et* 465).

II. — De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins, par GAVILEN (*Thèse de Paris*, *n°* 334, 1888).

III. — Hysterectomy for pyelitis with obstruction, par CABOT (*N. York med. Journ.*, *p.* 607, 28 *mai* 1887).

IV. — The use of the curette for the relief of hemorrhage due to uterine fibroids, par H. COE (*N. York*, *med. record*, *p.* 90, *janvier* 1888).

V. — Stumpfe Dehnung des Collnm bei Myomblutungen (De la dilatation du col dans les hémorragies dues aux corps fibreux de lutérus), par KALTENBACH (*Centr. für Gyn.*, *n°* 45, 10 *novembre* 1887).

I. — La communication de Segond est basée sur 4 observations personnelles :

1° Femme de 26 ans. Fibrome utérin sous-péritonéal enclavé dans la fosse iliaque droite. Troubles dysménorrhéiques. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche. Guérison;

2° Femme de 40 ans. Fibrome utérin interstitiel. Utérus régulièrement développé dépassant un peu le niveau de l'ombilic. Métrorragies profuses. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison;

3° Femme de 40 ans. Fibrome interstitiel. Hémorragies profuses et très graves. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison;

4° Petits fibromes intertitiels chez une femme de 37 ans antérieurement opérée pour un polype fibreux. Métrorragies légères. Crises dysménorrhéiques très douloureuses. Double castration ovarienne. Guérison. Cessation des règles et des souffrances.

Comme résultats définitifs, la dernière opération, qui ne date que de 8 mois, doit être réservée. Dans l'observation, les règles sont devenues normales, les souffrances ont disparu, le fibrome a cessé d'augmenter et l'état général s'est amélioré, résultat un peu paradoxal, puisque la castration n'a été qu'unilatérale. Dans les deux autres cas, on a obtenu la cessation définitive de tout écoulement sanguin et l'atrophie rapide des corps fibreux.

Les indications sont très délicates : la castration ne convient qu'aux fibromes moyens et n'est bonne qu'à la condition de ne pas être trop laborieuse ; aussi ne peut-on s'y décider formellement qu'après l'ouverture du ventre et l'exploration directe.

Terrillon a fait 8 fois la castration pour des fibromes hémorragiques avec 5 succès constatés à longue échéance, 1 mort d'obstruction au 60e jour, et 2 succès datant, l'un de 2 mois et l'autre de 8 jours. Le chi-

rurgien pense que cette opération donne surtout de bons résultats quand la cavité utérine est augmentée de volume dans des proportions moyennes, quand elle mesure 9 à 12 centimètres, ce qu'on peut toujours apprécier grâce à l'hystéro-curvimètre qu'il a fait construire.

Richelot discute les indications comparées de la castration ovarienne et de l'hystérectomie vaginale; il montre, appuyé sur 3 observations personnelles, que cette dernière est préférable dans certaines conditions de nombre et de situation des fibromes.

E. Terrier a fait 7 fois la castration ovarienne :

1° Femme de 43 ans. Laparotomie pour l'ablation d'un kyste para-ovarien. Ablation du 2e ovaire à cause d'un fibrome assez volumineux. Cessation des hémorragies, mais persistance des douleurs;

2° Kystes papillomateux des 2 ovaires. Utérus bourré de fibromes. Ovariotomie double, probablement incomplète. Persistance des règles, sans pertes;

3° Femme de 39 ans. Fibromes utérins avec complications hémorragiques et péritoniques. Salpingite double. Opération très laborieuse. Mort le 5e jour, de péritonite;

4° Femme de 35 ans. Fibromes avec hémorragies et troubles dysménorrhéiques graves. Salpingite double. Opération très laborieuse. Mort rapide;

5° Femme de 49 ans. Fibromes assez volumineux. Douleurs et pertes abondantes. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison depuis 1 an;

6° Femme de 46 ans. Fibromes utérins. Douleurs et hémorragies graves. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison datant de 2 mois ;

7° Femme de 45 ans. Gigantisme utérin. Hémorragies très inquiétantes. Ablation des ovaires et des trompes. Guérison malgré un abcès profond ouvert le 5e jour. L'opération ne date que de 2 mois.

Monod rapporte un cas personnel :

Femme de 39 ans. Fibrome utérin. Hémorragies très abondantes. Ablation des 2 ovaires. Disparition presque complète du fibrome. Amélioration de l'état général, mais persistance paradoxale d'un écoulement sanguin périodique peu régulier pendant 16 mois. Interrompu pendant les 8 mois suivants, cet écoulement a reparu récemment, mais peu abondant.

Bouilly rapporte 5 observations personnelles :

a) Femme de 43 ans. Fibrome moyen. Hémorragies abondantes. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. Persistance de règles régulières. Quelques pertes dues à l'engagement d'un fibrome pédiculé dans le col disparaissent après son ablation. Diminution rapide et considérable du fibrome.

b) Négresse de 27 ans. Fibrome remontant à l'ombilic. Hémorragies graves. Ablation facile des ovaires et des trompes. Persistance de règles régulières depuis 1 an. Diminution du fibrome qui n'a plus que le volume du poing.

c) Femme de 50 ans. Fibrome utérin remontant à 25 millimètres de l'ombilic. Hémorragies inquiétantes à brève échéance. Ablation des ovaires et des trompes. Disparition des hémorragies après l'ablation d'un fibrome engagé dans le col. Disparition presque absolue de la tumeur.

d) Femme de 44 ans. Gros utérus bosselé mesurant 9 centimètres de cavité. Hémorragies menaçant la vie. Ablation des annexes des deux côtés. L'opération ne date que d'un mois, mais la malade va déjà mieux.

e) Femme de 38 ans. Fibrome douloureux dépassant le pubis de 14 centimètres et s'accroissant rapidement. Ablation bilatérale des annexes. Suppression des règles depuis 9 mois. Le fibrome a presque totalement disparu.

Les suites immédiates ont été bénignes dans tous ces cas.

MAURICE HACHE.

II. — L'hystérectomie vaginale dans le cas de fibromes utérins est totale ou partielle.

L'hystérectomie totale, quoique difficile, est une bonne opération. — Dans les cas de tumeurs fibreuses, elle présente des indications assez précises, mais dans certains cas (accidents hémorragiques), la castration peut être mise en parallèle avec elle. Ses insuccès sont très restreints ; ils s'élèvent à 14, 29 0/0. Elle guérit d'une façon radicale.

L'hystérectomie partielle n'est pas une opération réglée, n'ayant jamais été pratiquée de parti pris. Dans le cas où l'on ouvre le péritoine, elle est une mauvaise opération, elle laisse dans la séreuse un agent d'infection, la muqueuse utérine. Dans le cas où le péritoine n'est pas ouvert, elle constitue une opération mixte (hystérotomie, morcellement et hystérectomie partielle) acceptable, s'il est impossible de faire l'hystérectomie après dilatation lente du col; dans tous les cas d'hystérectomie partielle, l'auteur donne la préférence à l'hystérectomie vaginale totale.

F. VERCHÈRE.

III. — Cabot a pratiqué avec succès l'hystérectomie dans un cas de tumeur fibreuse utérine comprimant les uretères. Il y avait dysurie, urine purulente, signes de pyélite. La tumeur était grosse comme une tête d'enfant et remplissait le bassin.

Guérison. Après l'opération l'urine devint claire. La malade sortit guérie.

L. GALLIARD.

IV. — Coe conclut ainsi :

1° L'hémorragie, dans le cas de tumeur fibreuse, ne vient pas de la tumeur elle-même, mais de l'endométrite hypertrophique concomitante;

2° L'obstruction veineuse et la congestion menstruelle dont le siège est dans la muqueuse sont les causes actives de la perte sanguine;

3° L'hémorragie peut disparaître pendant une longue période, après l'abrasion de la muqueuse hyertrophiée par la curette.

4° Cette pratique est une simple mesure palliative; mais elle peut permettre à la patiente d'atteindre la ménopause et d'éviter des opérations graves ;

5° C'est un expédient, mais presque toujours sans suites graves et qui fait écarter l'idée d'une myotomie ou d'une amputation supra-vaginale ;

6° C'est enfin une opération à la portée de tout praticien ; l'on peut enfin y adjoindre les autres méthodes contre les hémorragies.

P. DUFLOCQ.

V. — Kaltenbach a été conduit à employer ce mode de traitement dans les circonstances suivantes. Chez trois femmes atteintes de corps fibreux interstitiels, il observa les mêmes symptômes : toutes trois avaient un canal cervical étroit, étaient stériles, et souffraient d'hémorragies que rien ne pouvait arrêter. Ces hémorragies revenant par intervalles et s'accompagnant de douleurs vives, Kaltenbach pensa à des tumeurs pédiculées et se résolut de dilater le col avec des bougies d'Heger, afin de pouvoir faire l'ablation des fibromes. L'examen de la cavité utérine ne permit de découvrir aucun polype ; mais aussitôt après l'opération, les hémorragies s'arrêtèrent pour ne plus reparaître. Les règles redevinrent régulières et indolores.

Cet heureux résultat déterminé par la simple dilatation du canal cervical peut s'expliquer de la manière suivante. Les malades étaient atteintes à la fois de fibromes et de sténose du col ; et le sang, ne pouvant franchir facilement le col, s'accumulait dans l'utérus qu'il distendait, et d'où il

finissait par être expulsé par intervalles avec des efforts et des douleurs vives.

Kaltenbach conclut de ces faits que toutes les fois qu'un myome du corps de l'utérus se complique d'une atrésie du canal cervical on doit recourir à la dilatation du col, et il préfère dans ces cas ce mode de traitement à la discision ou section du col. CH. MAYGRIER.

I. — Treatment of fibroid tumors by electricity, par A. Victoria SCOTT (*Amer. Journ. of obst., mars* 1888).

II. — Electricity in the treatment of fibroids of the uterus, par M. B. WERNER (*Americ. Journ. of obst., avril* 1888).

III. — Electrolyse et fibromes utérins (*Soc. gynécol. de Londres, Brit. med. j., p.* 798, *avril* 1888).

I. — Dans sept cas où il a employé chez des malades atteintes de fibromes le traitement électrique préconisé par Apostoli, Munde, Cutter, l'auteur en a obtenu d'excellents résultats : cessation des douleurs et des hémorragies, diminution parfois surprenante des tumeurs.

Le point capital de la méthode est que le courant doit traverser la tumeur; peu importe le procédé employé. Quelques opérateurs ont eu des cas de mort; mais ces malheurs pourront être évités à l'avenir par l'emploi de l'antisepsie et par une application plus judicieuse de la méthode. Ainsi, sur 389 galvano-punctures, Apostoli a eu deux décès, et il déclare qu'il aurait pu les éviter.

En regard de l'innocuité du traitement électrique bien dirigé, les statistiques d'extirpations ou d'amputations de l'utérus indiquent une grande mortalité. Ainsi, sur vingt opérations faites par différents opérateurs, on trouve 11 guérisons et 9 morts. CH. MAYGRIER.

II. — Werner a traité par l'électricité six femmes atteintes de tumeurs fibreuses. Dans trois cas la guérison put être considérée comme définitive; dans deux autres, l'amélioration a été notable, locale et générale; dans le dernier, l'état est resté stationnaire : l'électricité a simplement agi comme un excellent anesthésique.

Ce traitement semble, dans certains cas où les malades sont très affaiblies, favoriser l'assimilation. Au bout de quelque temps, les couleurs reviennent, les yeux perdent leur expression morne, les malades se rattachent à la vie et reprennent leur vigueur ; elles peuvent, avec le temps, arriver à une guérison aussi parfaite que celle qui résulte d'une opération radicale. CH. M.

III. — Présentation de malades qui, après avoir subi longtemps le traitement d'Apostoli par l'électrolyse, ont vu leur fibrome s'accroître et ont dû recourir à l'hystérectomie. Smith et Reeves sont contraires à la méthode.

Suit une discussion (Parsons, Bantock) sur le mode d'action des courants électriques : la majorité des membres présents est peu favorable à l'électrolyse. H. R.

Die Behandlung bei Incarceration des retroflectirten graviden Uterus (Traitement de la rétroflexion de l'utérus gravide), par COHNSTEIN (*Arch. f. Gyn., XXXIII*, 1).

Dans cinq cas de rétroflexion de l'utérus gravide avec enclavement,

Cohnstein a employé une méthode de traitement qui lui a donné un plein succès. La première indication est de vider entièrement la vessie; c'est là une condition *sine quâ non* pour la réduction. On doit se servir, pour le cathétérisme, d'une sonde d'homme percée à son extrémité de plusieurs ouvertures, afin que l'évacuation puisse être complète. Si on ne réussit pas à pénétrer dans la vessie, il faut aller saisir le col avec une pince derrière la symphyse et l'attirer en bas et en arrière. La sonde pénètre alors facilement.

Lorsque la vessie a été vidée, sans qu'on ait eu besoin de recourir à l'abaissement du col, on enfonce doucement une main à travers la paroi abdominale derrière la symphyse, et on repousse le col en bas, tandis que l'autre main introduite dans le vagin appuie sur le fond de l'utérus pour le reporter en haut et lui faire franchir le promontoire.

Si l'urine n'a pu être évacuée qu'après abaissement du col avec la pince, on procède un peu différemment à la réduction : on laisse la pince en place et on continue à exercer avec elle des tractions en bas et en arrière sur le col, tandis que l'autre main, déprimant la paroi abdominale, va à la recherche du fond de l'utérus pour le saisir et l'attirer en haut et en avant.

Cette méthode n'a aucun inconvénient; elle ne détermine ni lésions de l'urètre, ni inflammation de l'utérus, et ne provoque pas l'avortement. Un pessaire sera placé après la réduction pour empêcher le col de se déplacer de nouveau en avant et la rétention d'urine de se reproduire.

CH. MAYGRIER.

Ueber Peptonurie in der Schwrangerschaft (Peptonurie dans la grossesse), par KŒTTNITZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 30, *p.* 613, 1888).

Pendant la grossesse, la peptonurie indiquerait, d'après l'auteur, la mort et la macération du fœtus. Trois faits viennent à l'appui de cette opinion.

1° Femme de 24 ans, parvenue au 7e mois de la grossesse, atteinte brusquement de frissons, de céphalée, de vomissements, de coliques; l'urine contient de l'albumine et une notable quantité de peptone; à partir de ce moment, les battements du cœur et les mouvements du fœtus cessent d'être perçus, mais la malade paraît se remettre. Au bout d'un mois, elle met au monde un fœtus macéré. Trismus, tétanos, mort;

2° Une femme de 26 ans, enceinte de 4 mois, perd du sang et vomit; l'urine est rouge (densité 1030), contient des peptones. On diagnostique la mort du fœtus. La patiente a d'abord des vomissements incoercibles, puis se remet. Huit semaines après l'accident, expulsion d'un produit de 4 mois, macéré. Guérison;

3° Chez une femme de 30 ans, enceinte pour la troisième fois, atteinte dans le courant du second mois de douleurs abdominales, l'auteur a constaté la peptonurie; six jours après elle a expulsé le produit de la conception. Guérison.

Dans un cas de grossesse double avec menace d'avortement, l'auteur a pu affirmer que les fœtus étaient vivants, parce que la peptonurie faisait défaut. En effet, le sujet a expulsé, à la fin du 5e mois, deux produits vivants, qui, du reste, ont immédiatement succombé. L. GALLIARD.

Recherches expérimentales sur la vitalité du fœtus, par CHARPENTIER et BUTTE (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., août* 1888).

Lorsqu'on soustrait totalité ou partie de l'oxygène du sang chez des lapines au terme de la gestation, soit par une asphyxie mécanique brusque ou lente, soit par l'administration stomacale de grandes ou de faibles quantités d'acide pyrogallique, on observe les résultats suivants : la soustraction brusque de l'oxygène du sang de la mère entraîne sa mort plus rapidement que celle des petits qu'elle porte. La soustraction partielle de l'oxygène du sang de la mère entraîne sa mort après celle de ses petits. Ces expériences expliquent comment les maladies, qui, chez la femme, occasionnent une diminution de l'oxygène du sang, peuvent déterminer la mort du fœtus sans cependant tuer la mère. On aurait pu obtenir un résultat absolument comparable chez les animaux qui ont servi aux expériences précédentes, si on ne leur avait pas ouvert l'abdomen et même les cornes utérines dans l'intention de saisir sur le fait la mort des petits, et par conséquent si on ne leur avait pas fait subir un traumatisme par lui-même mortel.

Ces phénomènes sont bien dus à la suppression ou à la diminution de l'oxygène dans le sang de la mère et non à l'excès d'acide carbonique. Des expériences ont été faites pour le démontrer. On faisait respirer à des lapines grosses un mélange d'une partie d'oxygène pour deux d'acide carbonique. Les expériences ont été confirmatives de celles qui avaient été instituées dans cette voie par Runge. Elles démontrent que la mort du fœtus est dans ce cas simultanée ou ultérieure à celle de la mère. Si la mère ne meurt pas, les petits continuent de vivre.

La mort des petits, consécutive aux expériences obtenant une diminution de la pression du sang, dépend probablement d'une diminution simultanée de l'oxygène contenu dans le sang. PORAK.

Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus, par LA TORRE (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., mars-avril-mai-juin-juillet-août-septembre* 1888).

Une enquête pour établir les conditions qui font varier le poids, la longueur, la santé, le sexe des nouveau-nés est difficile à poursuivre. L'auteur s'efforce de nous montrer comment il pense avoir évité les nombreuses causes d'erreur qu'il a dû nécessairement rencontrer. De ses très nombreuses observations il se croit autorisé à avancer un certain nombre de conclusions qui intéressent l'obstétrique, qui fixent par des chiffres des notions jusqu'alors vagues.

Le poids des nouveau-nés est à peu près le même pour les garçons et pour les filles.

La taille, le poids, l'état de santé de la mère n'influent en rien l'accroissement de son produit.

Il existe une relation manifeste entre le développement du fœtus à l'état de santé du père. Lorsque celui-ci est grand, que sa tête est volumineuse, que les épaules sont larges, on peut constater chez le nouveau-né un développement proportionnel de la tête et du corps.

Ce qui paraît démontré en zootechnie paraît se réaliser chez l'homme, celui-ci s'il est bien portant, sans tare morbide, procréerait plus de

garçons que de filles, tandis qu'un père malade engendrerait plus de filles que de garçons.

Les enfants des multipares sont plus volumineux que ceux des primipares, mais l'écart du poids n'est pas aussi considérable qu'on l'admet généralement. La différence de poids qui existe entre ces enfants ne justifie pas l'importance clinique qu'on lui a attribuée. On ne peut en tirer aucune conclusion pour le pronostic des accouchements chez les rachitiques. Quelle que soit d'ailleurs cette influence, elle disparaît entièrement devant l'influence héréditaire exercée par le père.

Lorsque le père est bien portant, l'âge de la mère le plus favorable au développement de l'enfant est celui compris entre 25 et 34 ans. Lorsque le père est malade, l'âge de la mère n'exercera aucune influence sur le développement. La longueur du fœtus ne paraît pas être soumise à l'influence de l'âge de la mère. Elle serait plutôt en rapport avec le poids du corps fœtal.

L'âge sexuel, pas plus que l'âge absolu de la femme, n'exerce d'influence notable sur l'accroissement du fœtus. Cette opinion est opposée à celle qui avait été avancée par Wernich et par Négri sur ce sujet. Il en est de même de l'influence de la durée de la période menstruelle.

Contrairement à l'opinion de Maggia l'abondance des eaux de l'amnios et la grande longueur du cordon ombilical n'entravent pas le développement régulier du fœtus.

Au point de vue de l'hérédité morbide, l'auteur étudie l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis, et admet l'influence considérable de l'hérédité paternelle sur le développement du fœtus qu'il a procréé. PORAK.

Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical, par VARNIER (*Thèse de Paris*, 1888).

Pour ne retenir que la mensuration du diamètre sous-occipito-frontal parmi les diamètres de la tête fœtale, l'auteur l'a trouvée égale à 10^{cm}, 21 chez les enfants de 2,000 à 3,000 grammes; à 10^{cm}, 59 chez des enfants de 3,000 à 3,500 grammes; à 10^{cm}, 96 chez des enfants de 3,500 à 4,000 grammes; 11^{cm}, 29 chez des enfants de 4,000 à 5,000 grammes. En d'autres termes, sur 104 cas le diamètre sous-occipito-frontal était inférieur à 11 centimètres, dans 83 cas, égal à 11 centimètres 14 fois, supérieur à 11 centimètres 7 fois seulement. Mais ce chiffre de 11 centimètres est considéré à tort comme étant la mesure du diamètre coccy-pubien de détroit inférieur. Ce diamètre est bien inférieur, il n'est en moyenne que de 8^{cm},5. Il en résulte qu'au moment du passage de la tête, le coccyx doit être rétropulsé de deux centimètres au moins si la rotation de la tête s'accomplissait au niveau du détroit inférieur. Dans ces derniers temps on a méconnu dans une certaine mesure l'obstacle que met à la terminaison de la période d'expulsion le passage à travers le détroit inférieur pour le rapporter aux parties molles; anneau hyménial, anneau vulvaire. Ce n'est pas l'opinion de l'auteur qui pense que la doctrine ancienne un peu oubliée est cependant la vraie. C'est bien le coccyx qui met l'obstacle le plus important au dégagement de la tête. Dès que le diamètre sous-occipito-frontal a dépassé le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur, l'issue de la tête est obtenue rapidement. PORAK.

Dehnungstreifen in der Halshaut des Fœtus (Vergetures du cou chez le fœtus), par KALTENBACH (*Centr. für Gyn.*, n° 31, 4 *août* 1888).

L'existence de vergetures siégeant sur le cou du fœtus, soit en avant soit en arrière, et très semblables à celles de la grossesse, n'a guère été signalée par les auteurs, Kaltenbach en a observé deux cas.

Dans le premier, il s'agissait d'un enfant de 3,000 grammes, né en présentation du sommet, après un travail pénible; la tête était fléchie à son maximum, et il existait sur la nuque une série de vergetures rouges transversalement disposées; elles disparurent au bout de trois jours. Dans le second cas, l'enfant était né par la face, et présentait, sur le devant du cou, au niveau du larynx et de la trachée, plusieurs vergetures rouges transversales et superposées.

Le mécanisme de ces vergetures s'explique par la distension considérable que subit la peau dans la région du cou, lorsque la tête est dans un état de flexion extrême, comme cela peut arriver dans certaines présentations du sommet, ou, au contraire, lorsqu'elle est complètement défléchie, comme dans les présentations de la face. CH. MAYGRIER.

Die Behandlung der Nachgeburt bei regelmässingen Geburten (De la délivrance dans les accouchements naturels), par CREDÉ (*Arch. f. Gyn.*, *XXXII*, 1).

Parmi les objections faites à la méthode de Credé (délivrance par expression), il en est deux que l'auteur s'attache surtout à réfuter. On a prétendu que l'écoulement sanguin était plus considérable, et qu'il y avait plus souvent rétention du chorion et de la caduque qu'avec l'expectation.

Or, la quantité de sang perdu n'est pas plus grande, comme l'ont prouvé les pesées d'une part, et comme en témoigne, d'autre part, l'expérience de ceux qui pratiquent l'expression suivant toutes les règles voulues. Quant à la rétention des membranes, les statistiques démontrent qu'elle n'est pas plus fréquente qu'avec les autres procédés. De 1883 à 1886, sur 4,969 accouchements qui ont eu lieu à la Clinique de Leipzig, aucun accident sérieux n'a été observé. D'ailleurs Credé n'admet pas l'autoinfection, et pour lui le séjour de débris membraneux dans l'utérus ne saurait déterminer la septicémie; le mieux est d'abandonner l'expulsion de ces débris à la nature.

En résumé, la méthode d'expression est naturelle et logique; consacrée par l'expérience, elle est employée généralement par les accoucheurs. — Les objections qu'on a faites à certains détails accessoires de cette méthode n'ont aucun fondement, et ne lui ont porté aucune atteinte. — Les modifications qu'on a proposées d'y introduire ne sont pas recommandables, et il n'y a nullement lieu de rien changer à la méthode de Credé. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Aussetzen der Geburtsthätigkeit « missed labour » (Un cas d'inertie utérine), par E. GOTH (*Arch. f. Gyn.*, *XXXII*, 2).

Une femme de 26 ans, toujours bien portante, ressentit un violent ébranlement dans le ventre à la suite d'une chute survenue au commencement du neuvième mois de sa grossesse. A partir de ce moment, elle cessa de percevoir les mouvements du fœtus, et elle fut atteinte d'une péritonite qui dura six semaines. Au terme de la grossesse, elle eut un écoulement d'eau qui

dura 4 jours; puis l'utérus cessa de se contracter. Pendant 3 mois et demi, elle continua de perdre par les organes génitaux un liquide d'une odeur très fétide. Une fistule s'établit entre l'utérus et l'intestin, et il se fit alors, par cette voie, une élimination d'os et de débris membraneux.

Finalement, la femme fut chloroformée; on incisa le col bilatéralement; on fit l'extraction d'un fragment osseux qui était enclavé dans la muqueuse utérine et oblitérait l'orifice interne du col, et on débarrassa complètement la cavité utérine de tous les débris fœtaux qui y séjournaient encore (os du crâne et des membres). La guérison fut rapide. CH. MAYGRIER.

Ueber eine besondere Art von Placentarretention (Sur une variété particulière de rétention du placenta), par LANGE (*Zeitschr. für Geb. u. Gyn., XV*, 1).

Lange signale une cause rare de rétention du placenta qu'il n'a trouvée décrite nulle part, et qu'il a observée deux fois. Chez deux femmes multipares, après un accouchement normal, il constata une rétention du délivre, sans pouvoir découvrir aucune des causes ordinaires de cet accident, et il essaya en vain d'opérer la délivrance par expression. Introduisant alors la main dans le vagin, il constata que le placenta décollé reposait sur le segment inférieur; puis, au moment où il pénétrait dans le col, un bruit d'aspiration se fit entendre, dû à l'entrée de l'air dans l'utérus, et immédiatement le placenta glissa dans le vagin, d'où il put être extrait facilement avec les membranes. Chez ces deux femmes les parois abdominales étaient très minces, et après l'accouchement, le ventre s'était rétracté en forme de nacelle, en sorte que la pression intra-abdominale avait subi un abaissement très notable. C'est à ce fait que Lange attribue la rétention, car, une fois que le placenta décollé repose sur le col, c'est en grande partie sous l'influence de la pression intra-abdominale qu'il est expulsé.

L'insuccès de l'expression utérine, dans ces cas, s'explique facilement. Lorsque le placenta est décollé, la compression de l'utérus d'avant en arrière, qui constitue le 1er temps de la méthode de Credé, n'est plus suffisante pour expulser le délivre; il faut recourir au 2e temps, c'est-à-dire à des pressions qu'on exerce de haut en bas sur l'utérus, comme sur le piston d'une seringue. Or, cette manœuvre ne réussit que si le canal génital est soumis à une pression intra-abdominale normale; elle échoue, au contraire, si cette pression est négative ou abaissée, comme dans les faits de l'auteur.

Il y a donc lieu d'ajouter aux causes connues de rétention du placenta l'abaissement de la tension dans la cavité abdominale : l'expression du placenta devient alors impossible et il est nécessaire de pratiquer la délivrance artificielle. C. MAYGRIER.

Influenza della segala cornuta sul puerperio (Influence du seigle ergoté sur l'état puerpéral), par E. PINZANI (*Bollet. del. scienze med. di Bologna, série VI, vol. XX*, 1887).

Les recherches de l'auteur ont porté sur l'influence que peut exercer l'administration continue du seigle ergoté sur les différents phénomènes des suites de couches. Il a soumis, à la Clinique obstétricale de Bologne, 91 femmes, dont 70 pluripares et 21 primipares, à l'action de ce médicament; et il a observé comparativement 79 femmes auxquelles il n'a pas

fait prendre d'ergot. Cette substance a été administrée en poudre fraîche à la dose de 2 grammes par jour.

Voici les conclusions qui ressortent de cette étude clinique :

Le seigle ergoté n'a aucune action sur la température. — Il augmente plutôt qu'il ne diminue le nombre des pulsations, mais sans modifier notablement le ralentissement normal du pouls propre aux suites de couches. — Il augmente la sécrétion urinaire pendant les premiers jours. — Il n'a aucune action sur l'involution utérine, ou, s'il agit sur elle, c'est pour la retarder un peu. — Il favorise l'écoulement normal des lochies, l'expulsion des caillots, et empêche ainsi leur putréfaction. — Il prévient et combat les tranchées utérines surtout chez les primipares. — Il retarde l'apparition de la secrétion lactée et la diminue. — Il agit très probablement comme prophylactique de l'empoisonnement puerpéral, et comme moyen d'antisepsie indirecte. — Quand il y a infection utérine, il favorise la circulation du virus et sa pénétration dans l'organisme.

En résumé, le seigle ergoté ne doit pas être absolument rejeté de la pratique ; il a ses indications et peut rendre des service. En effet, il prévient ou combat les hémorragies post partum dues à l'inertie utérine ; il favorise l'expulsion des caillots ; il diminue la sécrétion lactée ; enfin il agit comme prophylactique contre l'infection puerpérale. Mais, lorsque l'infection existe, il devient plus nuisible qu'utile. CH. MAYGRIER.

Contribution à l'étude médicale de la respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale, par FOURRIER (*Thèse de Paris,* 1888).

L'auteur cite cinq observations inédites de syncope survenant dans le cours d'attaques graves d'éclampsie. Les malades seraient certainement mortes si on n'avait pas eu recours à la respiration artificielle. Dans un cas dû à Tarnier et Moissenet, la malade survécut et guérit; dans les quatre autres cas, les malades succombèrent quelques jours après leur accouchement. Un seul succès, bien constaté, justifie le devoir qui l'impose au médecin de ne pas désespérer dans les cas de mort apparente au cours de l'éclampsie. Même si le succès ne doit pas répondre définitivement à l'intervention, encore peut-on espérer une prolongation de la vie qui permettra au moins une opération obstétricale, tentée au bénéfice du fœtus, qui alors pourra être extrait dans de moins mauvaises conditions. PORAK.

Que doit-on penser des accidents occasionnés par le sublimé dans les suites de couches ? par Emile BLANC (*Lyon méd.*, 5 *août* 1888).

Les accidents, bénins ou graves, causés par les injections de sublimé, sont dus à la rétention d'une grande quantité de liquide dans le vagin distendu, très vasculaire, parfois éraillé, déchiré ainsi que le col utérin. L'absorption est encore plus rapide quand l'injection est intra-utérine.

Il sera bon, pour obvier aux accidents, de ne se servir que d'injections faibles au 4 à 5,000e ; de vider le vagin, d'assurer le retour du liquide. L'état mauvais des reins, un degré marqué d'anémie, le mauvais état des voies digestives constituent des contre indications. A. C

Du pansement antiseptique du cordon ombilical, par CHEVALLIER (*Thèse de Paris*, 1888).

Sur 103 observations de pansement différent du cordon, l'auteur a trouvé les résultats suivants :

	Nombre d'observations.	Accidents de l'attache du cordon.	Moyenne 0/0.	Chute moyenne du cordon.
	—	—	—	—
Vaseline phéniquée.....	40	21	52,5	124 heures.
Ouate sublimée.....	32	6	18,7	94 —
Ouate iodoformée.....	11	3	27,2	111 —
Ouate phéniquée.....	10	3	30	153 —
Couveuse	10	4	40	148 —

On voit donc que le pansement à l'ouate rendue aseptique par sa préparation avec le sublimé corrosif donne les meilleurs résultats.

PORAK

Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes, par LEFOUR (*Arch. de tocol.*, 1888).

Les circulaires du cordon autour du cou de l'enfant sont des causes de présentations *définitives* du siège. Elles déterminent une brièveté accidentelle du cordon, qui peut rendre, pendant la grossesse, les versions par manœuvres externes impossibles. A l'appui de cette opinion, l'auteur relate les deux observations suivantes :

1° Secondipare qui était accouchée la première fois d'un enfant mort-né, présentant le siège. A la grossesse actuelle, dans le cours du 9e mois, le fœtus présente le siège en S. I. G. La version par manœuvres externes est très pénible et ne permet d'amener la tête que dans la fosse iliaque gauche. Application d'un bandage approprié. Après l'opération, l'enfant fait des mouvements désordonnés, puis cesse de se remuer; le lendemain, on perçoit un bruit de souffle ; le surlendemain, les battements du cœur sont suspendus. Accouchement d'un enfant mort présentant deux circulaires autour du cou. L'auteur, en discutant cette observation, ne met pas en doute que les circulaires observés autour du cou de l'enfant constituaient la cause de la difficulté de la version et de la mort de l'enfant.

2° Tripare, dans le dernier mois de sa grossesse, portait un fœtus présentant le siège en S. I. D. P. Impossible de faire la version par manœuvres externes. On pouvait bien entraîner la tête vers la fosse iliaque externe, mais, dès qu'on l'abandonnait, elle reprenait brusquement sa situation primitive. Une hémorragie utérine se produisit à la suite de ces manœuvres, qui ne furent plus continuées. L'enfant présente le siège au moment du travail. Difficulté de dégagement de la portion sus-ombilicale qui s'explique par l'existence de circulaires autour du cou de l'enfant. Le cordon s'insérait sur le bord du placenta. On constata après la délivrance qu'il s'était produit un décollement du placenta lui-même, cause de l'hémorragie observée. L'enfant, en état de mort apparente, put être ranimé.

PORAK.

I. — Zur Casuistik der Extrauterinschwangerschaft (Grossesse extra-utérine), par BREISKY (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 *novembre* 1887).

II. — Extra-uterine pregnancy, rupture, laparotomy, recovery, par S. C. GORDON (*N. York med. Journ.*, *p.* 118, 4 *février* 1888).

III. — A case in which ruptured tubal pregnancy... (Double rupture d'une grossesse tubaire successivement chez la même femme), par LAWSON TAIT (*Brit. med. j., p.* 1001, *mai* 1888).

IV.— A case of extra-uterine gestation..., par Ern. HERMAN (*Brit. med. journ., p.* 1152, *juin* 1888).

V. — Ein Fall von frühzeitig geplatzter Tubenschwangerschaft (Un cas de rupture précoce dans une grossesse tubaire), par J. ZUCKER (*Cent. für Gyn.*, 14 *avril* 1888 *ou* 1887).

VI. — Report of a case of tubal pregnancy advancing to full term without rupture, par Ch. TAFT (*N. York, med. Record, p.* 209, *février* 1888).

VII. — Intraligamentous tubal pregnancy; successful removal by abdominal section..., par J. EASTMAN (*Americ. Journ. of obst.; septembre* 1887).

VIII. — Operation einer extra-uterin Schwangerschaft... (Grossesse extra-utérine, laparotomie; fœtus mort; ablation totale du sac, guérison), par ZAJAITSY (*Cent. für Gyn.*, *n°* 40, 6 *octobre* 1887).

IX. — Ruptura uteri. Laparotomie. Heilung, par KŒTTNITZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 24, 1888).

X. — The treatment of extra-uterine pregnancy by electricity (Traitement de la grossesse extra-utérine par l'électricité), par BROTHERS (*Amer. Journ. of obst.*, *mai* 1888).

I. — Breisky a opéré avec succès, pour la mère et l'enfant, une grossesse extra-utérine.

L'opérée est une femme de 30 ans. Elle a accouché normalement à l'âge de 24 ans, mais, à la suite, est survenue une péritonite, et, depuis cette époque, elle a constamment souffert du ventre.

Dernières règles en février 1887; en avril, douleurs abdominales vives; en mai, péritonite; en juillet, mouvement du fœtus. L'auteur diagnostique à ce moment une grossesse tubaire : il constate que l'utérus est en avant et à côté de la tumeur qui siège dans le ligament large du côté droit.

Opération le 29 novembre. Laparotomie, ouverture de l'utérus, extraction du sac et des membranes. L'enfant mesure 45 centimètres et pèse $2^{kg},470$. On constate des adhérences péritonéales. L'enfant meurt au bout de trois semaines. La mère guérit rapidement; à la fin de la troisième semaine, elle se lève. L. GALLIARD.

II. — Gordon est appelé, le 23 septembre, pour une femme de 33 ans, chez qui le médecin traitant a diagnostiqué une grossesse tubaire et qui, brusquement, est tombée dans le collapsus. Il arrive quinze heures après la rupture présumée.

Douleurs, signes de péritonite; on est obligé de faire inhaler de l'éther pour pratiquer l'examen, et on trouve, à gauche, une tumeur distincte de l'utérus.

Laparotomie. La tumeur a des adhérences avec l'épiploon et la paroi abdominale; dans la cavité péritonéale, un peu de sérosité, et trois pintes de sang; caillots noirs et caillots rouges, d'époque différente, par conséquent. On extirpe la tumeur tubaire (le fœtus est long de 3 pouces), on éponge soigneusement tout le sang épanché, on lie les vaisseaux. Lotion avec un litre d'eau phéniquée très chaude, drainage, suture de la paroi avec les fils de soie; pansement au coton hydrophile. Injection de morphine. A partir de ce moment, les signes de péritonite disparaissent; la température

ne dépasse pas 100° F.; quelques vomissements calmés par la morphine. Guérison. L. GALLIARD.

III. — Mme R..., âgée de 25 ans, enceinte de trois mois, fut prise d'accidents graves de péritonite, le 9 mai 1885. On constate chez elle une tumeur mal définie, occupant la fosse iliaque droite, et on diagnostique une grossesse tubaire avec rupture de la trompe. Le 11, la laparotomie fut pratiquée, la trompe droite enlevée, et la malade guérit.

Dix-huit mois après, elle eut un enfant après une grossesse régulière et un accouchement normal.

Quinze mois plus tard, elle redevint enceinte, et, pendant quatre mois, les symptômes de la grossesse n'offrirent rien de spécial. Le 9 mars, éclataient les accidents suivants. Douleur atroce abdominale, pâleur, sensation de défaillance, vomissements ; mort rapide trois heures après.

L'autopsie montra l'abdomen rempli de sang et de caillots. Le placenta sortait par une large ouverture de la poche utéro-tubaire, et la mort avait été causée par hémorragie. La trompe gauche communiquait avec le sac fœtal, et la rupture s'était faite à la partie postérieure et supérieure de la corne utérine gauche. Les estimations de la malade étaient exactes, et le fœtus était bien un fœtus de quatre mois, ce qui prouve que, dans la grossesse tubaire interstitielle, la rupture peut être relativement tardive. A ce point de vue, il est très important de distinguer les cas où la rupture se fait dans le péritoine de ceux où elle se fait dans le ligament large. Ce sont ces derniers qui sont les plus favorables et qui permettent même parfois le développement ultérieur du fœtus pendant un certain temps. H. R.

IV. — L'observation d'Herman concerne une jeune femme qui accouche le 4 septembre 1885, et qui à partir du 20 octobre, éprouve des malaises et des pertes sanguines. Un jour, elle a une défaillance subite et une douleur atroce abdominale. On la reçoit à l'hôpital, perdant du sang et souffrant beaucoup. Le toucher vaginal révèle une tumeur pelvienne dure, douloureuse, au niveau de la trompe gauche ; pendant cinq semaines, persistent en s'atténuant des signes de pelvipéritonite, accompagnés d'un suintement sanguin, puis ces phénomènes s'apaisent et la malade sort guérie en apparence, conservant un noyau induré pelvien.

Le diagnostic porté pendant cette première phase de la maladie avait été : hématocèle due probablement à une grossesse tubaire.

Trois ans plus tard, elle revient, en février 1888, avec une suppression des règles datant d'octobre. Le 25 décembre elle a une perte, à partir de ce moment, douleurs abdominales, mictions pénibles, pertes douloureuses. On perçoit une tumeur pelvienne émergeant dans la région sous-ombilicale, et donnant la sensation d'une rétroflexion de l'utérus gravide. L'auscultation révèle du souffle utérin.

Le 10 février, la malade est prise brusquement d'une douleur atroce avec défaillance, pâleur, sueurs froides, petitesse du pouls, bref, tous les symptômes d'une hémorragie interne considérable. Deux heures après, Herman ouvre l'abdomen qui est rempli de caillots, et il retire un fœtus de quatre mois libre dans la cavité péritonéale. Le placenta était adhérent à la trompe gauche. Extirpation de l'ovaire et de la trompe, lavage du péritoine à l'eau chaude. Drainage du cul-de-sac utéro-vaginal ; guérison. H. R.

V. — Le 17 février Zucker fut appelé auprès d'une femme de 32 ans, qui ressentait depuis plusieurs heures d'excessives douleurs dans le bas-ventre et les reins. Cette femme avait déjà eu deux enfants et fait une fausse couche. La dernière époque menstruelle remontait à décembre ou janvier, et le 12 février il y avait eu déjà des douleurs vives qui avaient disparu, pour se reproduire le 17 avec une intensité plus grande.

Actuellement, le pouls était faible et la langue un peu sèche. L'utérus était

fortement incliné à droite, et on trouvait à gauche une tumeur molle, mal délimitée, extrêmement douloureuse à la pression; le ventre tendu et très sensible. Malgré l'opium et les injections chaudes, cet état s'aggrave rapidement; le pouls devient petit, la face pâle, les extrémités froides, l'abdomen de plus en plus douloureux au moindre contact.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une quantité énorme (3 à 4 litres) de sang en partie fluide, en partie coagulé. Aucune tumeur n'existait dans l'abdomen, et ce n'est que par l'examen le plus minutieux qu'on parvint à découvrir sur le trajet de la trompe droite, à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, une petite déchirure de 5 millimètres de long sur 2 de large. Une double ligature fut placée en ce point.

Le ventre fut refermé et légèrement comprimé. Au milieu des caillots, on trouva par hasard une petite masse charnue du volume d'une noisette qu'on reconnut plus tard être un œuf en totalité. Après l'opération, le pouls devint perceptible et la température remonta progressivement de 34°,7 à 36°,1. Le pronostic semblait favorable, et on songeait à pratiquer la transfusion, quand brusquement la malade succomba après un nouvel abaissement de température.

L'intérêt de ce fait réside surtout dans la précocité de la rupture de la trompe gravide : l'œuf était âgé de 2 à 3 semaines seulement, et parfaitement frais. La mort a été causée par l'anémie profonde consécutive à l'hémorragie.

Quand une grossesse tubaire est reconnue, le pronostic est beaucoup plus favorable si l'on opère avant la rupture. Veit a fait dix opérations de ce genre, dont trois fois en pleine hémorragie ; sur ces trois cas, il n'y eut qu'une seule guérison, tandis que les sept autres femmes, opérées en dehors de toute complication, se rétablirent. CH. MAYGRIER.

VI. — Femme de trente ans, ayant déjà eu deux grossesses normales, la dernière il y a 10 ans. Il y a un an et demi, elle ressent tous les signes de la grossesse. Au neuvième mois, les seins se gorgent de lait. En février, elle est prise d'une perte profuse avec gros caillots de sang; l'hémorragie dure une semaine; elle croit avoir fait une fausse couche. De février à juillet, son ventre diminue peu à peu; elle avait maigri, mais se sentait bien portante. Mais, à partir de cette date, la faiblesse et l'amaigrissement augmentent; elle ressent un peu de fièvre la nuit, des sueurs et des frissons. On trouve dans la région médiane une tumeur élastique allant jusqu'à l'ombilic, et sur le côté gauche on sent une masse latérale, adjacente à la principale; on perçoit une fluctuation indistincte.

On fait la laparotomie; la tumeur, libre d'adhérences, mise à nu, est ponctionnée avec un trocart; il s'écoule du pus ; on ouvre le sac, et on extrait un enfant très développé mais macéré ; dans la crainte d'une hémorragie, on laisse le placenta. On réunit les lèvres de la poche aux lèvres de l'incision cutanée. Irrigation de solution de sublimé et d'acide phénique. Pansement à la gaze iodoformée. L'examen a démontré que la grossesse s'était développée dans la trompe de Fallope. Au huitième jour, on enlève le placenta qui est friable. La malade se rétablit rapidement.

C'est le 5e cas de grossesse extra-utérine arrivée à la fin du terme que le Dr Thomas opère. Les cinq femmes ont guéri. Ce résultat est remarquable, étant données la rareté et la gravité de cas semblables. P. DUFLOCQ.

VII. — Mme C..., 39 ans, accouchée il y a 19 ans, se plaint de souffrir de violentes douleurs abdominales et d'une rapide augmentation du ventre. Les règles ont cessé à la Noël; elle est examinée le 9 juillet. On constate l'existence d'une tumeur abdominale, remontant jusqu'au foie, dans laquelle on ne perçoit aucun bruit fœtal. L'utérus a son volume normal et est situé

entre la tumeur et la symphyse pubienne. Opération le 30 juillet. La laparotomie démontre l'existence d'une grossesse extra-utérine tubaire. Le kyste fœtal s'est développé dans l'épaisseur du ligament large droit. Le sac a une coloration rouge foncé et des parois friables. Le fœtus est extrait vivant. et l'auteur se décide à enlever le kyste tubaire et le placenta en masse. Décollement des adhérences, légère hémorragie, finalement formation et suture du pédicule. Lavage de la cavité péritonéale à l'eau pure, drainage et suture de la plaie abdominale. Suites de l'opération excellentes. L'enfant est en bon état et augmente rapidement de poids. CH. MAYGRIER.

VIII. — C'est le cinquième cas en Russie de grossesse extra-utérine opérée avec succès. N. A..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital le 12 novembre 1887, se plaignant de ressentir de vives douleurs dans le côté droit du ventre et d'avoir de la fièvre depuis trois semaines. Aucune grossesse antérieure. En mai, les règles apparurent, insignifiantes, et durèrent deux jours. — En même temps les seins grossirent et des vomissements survinrent. En juin, hémorragie abondante qui dura six jours ; à partir de ce moment, douleurs dans le côté droit de l'abdomen, et apparition d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Depuis les douleurs ont persisté et la tumeur a augmenté progressivement, dans les 3 dernières semaines, frissons, fièvre, sueurs, perte de l'appétit, amaigrissement.

Femme anémique et débile. On constate l'existence d'une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite, s'étend un peu à gauche et remonte à l'ombilic ; elle est douloureuse au palper et fluctuante ; pas de battements du cœur. Au toucher, on trouve l'utérus repoussé à gauche, et dans le cul-de-sac antérieur du vagin une tumeur semblable à une tête de fœtus. Diagnostic: grossesse extra-utérine avec mort du fœtus et suppuration du sac ; opération urgente.

Laparotomie : on trouve la tumeur occupant l'épaisseur du ligament large. Ponction du sac, d'où s'échappe un verre de pus brunâtre ; les parois sont attirées au dehors pour éviter l'écoulement du pus dans le péritoine. L'ouverture est alors agrandie, et on extrait un fœtus macéré, qui a 28 centimètres de long et pèse 300 grammes. Le sac est extrait en totalité avec le placenta. La trompe droite, enlevée également, présente une ouverture à sa partie inférieure ; il y a donc eu très vraisembtablement grossesse tubaire, puis rupture de la trompe dans le ligament large, où le kyste s'est enclavé. Les suites de l'opération ont été normales. La malade était guérie au bout de 3 semaines. CH. MAYGRIER.

IX. — Il s'agit ici d'une rupture de l'utérus survenue pendant le septième mois de la grossesse. On peut l'attribuer à une oblitération cicatricielle du col de l'utérus due à des ulcérations antérieures. La malade, rachitique, atteinte de rétrécissement du bassin, avait eu deux accouchements très difficiles suivis de métrite et périmétrite.

Laparotomie pratiquée immédiatement. Pansement à l'iodoforme. Guérison rapide. L. GALLIARD.

X. — Le 4 octobre 1886, Brothers est appelé à voir une femme de 23 ans, mariée depuis 7 mois, et ayant une suppression de règles qui date de dix semaines. Elle se croit enceinte, car elle a des nausées, des vomissements et une sensation de pesanteur dans les reins. Mais elle souffre depuis une semaine du côté droit du ventre ; les douleurs ont été de plus en plus vives et il est survenu un écoulement sanguin par le vagin. L'auteur songe à un avortement ; son examen reste d'ailleurs très sommaire, à cause des douleurs qui empêchent toute exploration.

Les souffrances et l'écoulement sanguin persistant, il se décide à examiner la malade sous le chloroforme. Le doigt peut pénétrer facilement dans l'utérus qui est un peu agrandi, mais vide. On sent alors par le palper et le toucher combinés une tumeur qui occupe la partie latérale droite du fond de

l'utérus et qui est considérée comme une grossesse interstitielle. Le diagnostic ayant été confirmé par plusieurs confrères, Brothers se décide à tuer le fœtus par l'électricité.

Un pôle est placé au fond du vagin sur la tumeur, l'autre sur le côté droit de l'hypograstre, et on fait passer un fort courant pendant un quart d'heure. Une douleur vive est ressentie par la malade, à laquelle on doit faire une piqûre de morphine. Les applications faradiques ont été répétées 8 fois en quinze jours. A partir de ce moment, 16 octobre, l'écoulement de sang cesse, les douleurs sont moins vives, et la tumeur a beaucoup diminué. Le 11 novembre, puis le 11 décembre, les règles reviennent normalement. A cette époque, la tumeur a complètement disparu. La malade devient alors enceinte et accouche d'un garçon en septembre 1887. Elle a gardé d'une excellente santé.

Il existe 43 observations de grossesses extra-utérines traitées par l'électricité. Dans deux cas on employa l'électro-puncture; dans 21, la faradisation, dans 16, les courants galvaniques; dans 2, les deux sortes de courants; dans un, l'électricité statique. Deux cas se terminèrent par la mort. Dans toutes les observations, sauf deux, le fœtus fut tué, et la tumeur disparut ou fut réduite à un très petit volume.

Ce mode de traitement de la grossesse extra-utérine n'est guère en faveur aujourd'hui qu'en Amérique où il donne les plus brillants résultats. Il n'a de raison d'être que dans les quatre premiers mois de la grossesse ; et c'est pendant ces premiers mois que le diagnostic est le plus difficile. C'est là une des objections qu'on a faites à la méthode; mais il est prouvé que le diagnostic peut être fait avec certitude dès les premières semaines de la grossesse.

Les résultats obtenus sont tels et la méthode est si inoffensive qu'on ne saurait la comparer à la laparotomie, qui, d'après l'auteur, doit être complètement abandonnée. CH. MAYGRIER.

I.— Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio Cœsarea (Des résultats comparatifs de la crâniotomie, de l'accouchement prématuré artificiel et de l'opération césarienne dans les rétrécissements du bassin), par Th. WYDER (*Arch. für Gyn.*, *XXXII*, 1).

II. — Kurzer Bericht ueber die vom 16 october 1885 bis zum 1er janua 1888 ausgeführten Kaiserschnitte in der St Petersburger Gebäranstalt (Relation des opérations césariennes pratiquées à la maternité de Saint-Pétersbourg du 16 octobre 1885 au 1er janvier 1888), par KRASSOWSKI (*Arch. f. Gyn.*, *XXXII*, 2).

III. — Zwei Porrooperationen bei Vaginalatresie, par SCHAUTA et O. WEYDLICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 453 *et* 454, 28 *mai* 1888).

IV. — Rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto; taglio cesareo completato coll'amputazione utero-ovarica e seguito da guarigione, par P. M. FONTANA (*Ann. di ostetr. e gin.*, *mars* 1888).

I. — Chaque jour la mortalité de l'opération césarienne moderne va s'abaissant, et l'on comprend la faveur dont elle jouit auprès de beaucoup d'accoucheurs, surtout lorsque l'enfant est vivant. Toutefois une préférence absolue donnée à cette opération serait au moins prématurée. Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier les résultats comparatifs fournis

par la perforation du crâne, l'accouchement provoqué et la section césarienne.

Wyder, basant son important mémoire sur le dépouillement de plus de 15,000 accouchements, compare d'abord la crâniotomie et l'accouchement prématuré. Sur 215 cas de perforation empruntés aux cliniques de Berlin, Halle et Leipzig, la mortalité a été en moyenne de 5, 6 0/0. Sur 306 cas d'accouchement provoqué, elle a été de 3, 9 0/0. Il est à noter que, dans ces deux groupes, la mortalité a été nulle dans les cas où le bassin était très vicié, c'est-à dire dans ceux où l'opération césarienne pouvait être indiquée.

Si l'on compare maintenant à ces chiffres celui de la mortalité de l'opération césarienne de Sænger, on reconnaît qu'avec cette dernière, la mort a été 2, 13 fois plus fréquente qu'avec la crâniotomie et 3, 37 fois plus fréquente qu'avec l'accouchement provoqué.

Quand la section césarienne a été pratiquée pour des indications relatives, la mortalité a été sept fois plus considérable que dans les cas où on provoque le travail prématurément.

L'auteur tire de là cette sage conclusion que la vie de l'enfant doit être sauvegardée le plus possible, mais que, lorsque la vie de la mère est en jeu, on ne doit plus tenir compte de celle de l'enfant, et qu'on doit faire choix du mode d'intervention qui donne à la mère le plus de chances de salut.

Si le bassin présente une déformation considérable, 5 cm, 5 par exemple de diamètre promonto-pubien, et que la femme soit au terme de sa grossesse, il est évident qu'il faut recourir à la section césarienne. Mais, avant terme, on préférera l'accouchement provoqué, à moins que la mère ne demande expressément l'opération césarienne.

Si le bassin a de 6 cm, 5 à 7, et que la grossesse soit très avancée, on n'aura que le choix entre la crâniotomie et l'opération césarienne, qui, dans ces conditions, donnent les mêmes résultats, et on pourra donner la préférence à la dernière.

Enfin, l'opération césarienne doit être surtout réservée pour l'hôpital et pour les accoucheurs expérimentés ; dans la pratique privée, la crâniotomie continuera à être préférée au moins tant que la mortalité des deux opérations restera la même. CH. MAYGRIER.

II. — La relation de Krassowski comprend 7 cas d'opération césarienne, dont un seul terminé par la mort. Cinq enfants naquirent vivants et survécurent. Dans deux cas, les fœtus étaient mort-nés et macérés. Cinq fois l'opération pratiquée fut celle de Porro avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Dans les deux autres cas, on fit l'opération césarienne simple.

Les indications de ces différentes opérations furent les suivantes. Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur dure du petit bassin; dans un autre, il y avait eu déchirure complète de l'utérus pendant le travail ; dans un troisième, la femme était atteinte de cancer du col. Chez ces trois malades, on fit l'opération de Porro, avec succès pour les deux premières ; la troisième succomba.

Les quatre autres opérations furent pratiquées pour des rétrécissements du bassin. Dans un premier cas, le bassin était vicié par le rachitisme, et asymétrique. Dans le second, le bassin était plat, asymétrique, et le diamètre conjugué diagonal (promonto-sous-pubien) mesurait 10 cm, 5 : la femme fut opérée 30 heures après le début du travail et 18 heures après la rupture des

membranes. Dans la troisième, il s'agissait d'un bassin pseudo-ostéomalacique. La quatrième femme avait un bassin plat, généralement rétréci, dont le diamètre conjugué diagonal mesura 118 cm, à 8 cm, 5 : elle fut opérée 44 heures après la rupture des membranes ; l'opération césarienne fut décidée à cause du caractère spasmodique des contractions qu'on ne put modifier par aucun moyen.

Dans tous ces cas, Krassowski s'est servi plus particulièrement de solutions de biiodure de mercure, et il recommande l'emploi de cet antiseptique. CH. MAYGRIER

III. — 1er cas. Femme de 32 ans, ayant un rétrécissement cicatriciel du vagin paraissant remonter à une scarlatine. Le travail a commencé ; l'enfant est vivant. Sa tête étant déjà au détroit supérieur, Schauta doit renoncer à lier l'utérus avant de l'inciser ; néanmoins l'hémorragie n'a rien d'inquiétant. Traitement extra-péritonéal du pédicule. La guérison est retardée par une série de complications : exacerbation d'une ancienne cystite ; albuminurie tenace et violente bronchite.

2e Cas. Femme de 36 ans ayant eu un premier accouchement qui fut difficile en l'absence de tous soins compétents, il y a 9 ans. Début du travail, il y a 17 jours ; depuis 8 jours, l'enfant ne remue plus, et on n'entend pas les battements cardiaques. Immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin, existe une atrésie complète formée par des cordons cicatriciels convergents ; la sonde en pressant dessus passe au travers. On dilate cette ouverture pour y passer le doigt. Ce dernier arrive dans un canal formé en haut par la tête fœtale. Schauta se propose de faire l'opération césarienne. La ligature préalable de l'utérus était impossible vu l'engagement de la tête. L'incision à la paroi utérine antérieure atteint le placenta ; l'hémorragie n'est cependant pas considérable. Le fœtus était complètement macéré, et le liquide dans lequel il baignait paraissait altéré. En présence de la coloration vert foncé de l'endomètre qui lui faisait craindre des accidents d'infection, Schauta se décide à enlever l'utérus. Traitement du pédicule en dehors du péritoine. La plus haute température fut celle du troisième jour (38°, 2) ; écoulement verdâtre les premiers jours.

Schauta tient à ajouter que, dans les deux cas ci-dessus, il a eu la main pour ainsi dire forcée, car l'opération de Porro n'a été pour lui qu'un pis-aller. L'opération césarienne est, à son avis, l'opération de choix en cas d'atrésie vaginale. Il a dû y renoncer chez la première femme, à cause de l'impossibilité de donner un cours suffisant aux lochies et chez la seconde, à cause de l'état de la muqueuse utérine (*R. S. M.*, XXIX 602 ; XXXI, 594). J. B.

IV. — Le 23 novembre 1887, une femme de 31 ans, arrivée au terme de sa cinquième grossesse, est prise, à 4 heures du soir, des premières douleurs. Aussitôt après la perte des eaux, trois ou quatre douleurs très violentes, arrachant des cris à la malade, se produisent ; puis toute contraction cesse, la femme tombe dans une prostration marquée, et se plaint d'une violente douleur dans le côté gauche du ventre ; elle perd un peu de sang noir par le vagin.

On suppose une rupture spontanée de l'utérus ; les signes physiques, et surtout ceux que fournit le palper, confirment le diagnostic, et devant l'état de collapsus croissant où la malade est tombée, on se décide à intervenir par la laparotomie. Elle est pratiquée, le 25 novembre, par l'auteur, assisté du Dr Perolio. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le fœtus mort, en partie sorti de l'utérus : il se présente au détroit supérieur par la face. Son extraction et celle du placenta terminées, on constate l'existence d'une déchirure occupant le bord gauche du corps de l'organe et se dirigeant sur la face antérieure

de l'utérus. L'enfant extrait est volumineux : 4 ^{k}5, 900 ; il est hydrocéphale.

Au niveau de la déchirure utérine, le tissu utérin paraît ramolli et dégénéré. On se décide, en conséquence, à enlever l'organe. L'amputation utéro-ovarique est pratiquée, et le pédicule amené au dehors.

Les suites de cette opération ont été bonnes, et, le 20 décembre, la femme était debout, complètement rétablie.

Cette observation est la première opération de Porro pratiquée en Italie pour une rupture de l'utérus. C'est en raison de ce fait, et aussi à cause de la rareté de la guérison en pareil cas, que l'auteur s'est fait un devoir de la publier. CH. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

Ueber Gewichte und Masse normalentwickelter Kinder... (Poids et dimensions des enfants en bas âge bien développés), par LOREY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 243, 19 *mars* 1888).

Les recherches de Lorey ont porté sur 600 enfants de 1 à 30 mois, nés de parents bien portants. En voici les résultats :

Les premiers et les deuxièmes nés sont souvent mieux développés que leurs frères et sœurs, surtout si l'allaitement est artificiel.

A partir de l'âge de 7 mois, les fillettes se développent moins que les garçons.

Jusqu'au dixième mois, les progrès du développement sont continus ; après cette date, on observe des oscillations plus ou moins grandes du poids, de la taille et du périmètre thoracique. J. B.

Sepsis of the new born and diphteria of the born (Septicémie et diphtérie des nouveau-nés), par Lewis SMITH (*Med. News*, 8 *septembre* 1888).

L'origine de la septicémie des nouveau-nés est souvent difficile à établir ; elle survient souvent par une inflammation de l'ombilic ; l'invasion peut se faire tantôt par la voie lymphatique, tantôt par la veine ombilicale ; mais elle peut se produire également par d'autres voies. L. Smith publie une série d'observations se rapportant à ces diverses origines. Il a vu ces accidents survenir en même temps qu'une sorte d'épidémie de diphtérie ; cette affection, rare chez le nouveau né, a été observée 5 fois (4 morts) en un court espace de temps. Les salles de la maternité ont dû être désinfectées. Shmith signale à ce propos l'insuffisance des fumigations d'acide sulfureux par la combustion du soufre.

A. C.

Hämoglobingehalt des Blutes gesunder und kranker Kinder (Richesse du sang en hémoglobine chez les enfants bien portants et malades), par WIDOWITZ, (*Jahrbuch für Kinderhelkunde, XXVII,* 4, *et XXVIII,* 1).

On ne peut fixer d'une façon précise la quantité d'hémoglobine renfermée dans le sang des enfants car elle est très variable chez des individus du même âge.

L'auteur a trouvé, chez des enfants âgés de 2 ans et bien portants, de 62 à 110 0/0 d'hémoglobine (ces chiffres n'indiquent pas qu'il y a de 62 à 110 d'hémoglobine dans 100 parties de sang, mais que la richesse en hémoglobine du sang d'un enfant est à celle du sang d'un adulte, comme 62 est à 100). Wick a trouvé chez des enfants de 3 à 5 ans, 83 à 110 0/0.

On ne peut pas affirmer, d'après la quantité d'hémoglobine, qu'un enfant se porte bien ou soit malade; moins de 60 0/0 indiquent bien un état maladif, mais une quantité supérieure ne veut pas dire qu'il serait bien portant.

Dans la scarlatine, il y a au commencement de la maladie, 90 0/0 d'hémoglobine, puis vers la fin, diminution de cette substance qui augmente dans la convalescence sans atteindre toutefois le chiffre qu'elle présentait lorsque la maladie était dans son plein. Dans le cas de complication de néphrite, l'hémoglobine tombe pour descendre jusqu'à 39 0/0, s'il y a une nouvelle poussée avec hématurie; dans les formes malignes, l'abaissement est très rapide. Dans la rougeole, l'hémoglobine diminue au moment de la chute de la température, puis augmente de nouveau; dans les cas compliqués de pleuro-pneumonie, l'hémoglobine qui était montée à 90 0/0 tombe dans le cas de collapsus à 29 0/0. Dans la pneumonie, il y a diminution de l'hémoglobine après la crise; dans la tuberculose, la quantité en est ordinairement faible, mais il y a des exceptions. Dans la diathèse hémorragique, l'hémoglobine tombe à chaque hémorragie.

BARBE.

A case of chronic meningitis... (Méningite chronique probablement syphilitique, amenant une démence progressive), par Fr. WARNER et Fletcher BEACH (*Brain, p.* 107, *avril* 1888).

Enfant de 7 ans, vigoureux, mais ayant eu des ulcérations aux fesses après sa naissance. Début des accidents en avril 1878, par une certaine gêne des mouvements, des maux de tête, des frayeurs nocturnes, une certaine inaptitude au travail. Progressivement, impotence fonctionnelle, impossibilité de marcher, de se tenir debout ; somnolence persistante, inégalité des pupilles. Puis attaques de tremblement, hébétude et mutisme, vomissements par intervalle; enfin idiotie complète et gâtisme. Mort en janvier 1882, quatre ans après le début de la maladie.

Au point de vue étiologique, la grand'mère était épileptique, la mère nerveuse, le père syphilitique.

Autopsie. Épaississement de la dure-mère, qui est séparée de l'arachnoïde par une fausse membrane à peu près continue. Liquide céphalo-rachidien abondant. Pie mère épaisse et louche, surtout dans les régions occipitales. Congestion diffuse du cerveau, dont les circonvolutions sont rudimentaires. En somme, méningite chronique fibreuse, avec pachyméningite syphilitique.

H. R.

De la paralysie faciale des nouveau-nés, par STEPHAN (*Revue de médecine, p.* 548, 1888).

L'auteur établit que, chez le nouveau-né, on décrit d'habitude deux sortes de paralysie faciale : l'une liée à l'application du forceps; l'autre causée par un travail lent, une conformation vicieuse du bassin ou par une tumeur pelvienne. A ces deux variétés, il propose d'en ajouter une troisième qui serait produite par une altération congénitale du rocher. Dans ce cas la paralysie faciale serait plus complète que celles des deux premiers groupes; elle présenterait les signes des paralysies interstitielles; en outre l'ouïe serait altérée. Sur un enfant nouveau-né, il a eu en effet l'occasion d'observer ces deux particularités qui manquent ordinairement dans les paralysies faciales des nouveau-nés. C. GIRAUDEAU.

Cerebral symptoms in the pneumonia of children, par Emmett HOLT (*N. York med. record, p.* 385, *avril* 1888).

L'auteur donne les conclusions suivantes tirées de 173 observations personnelles :

1° La pneumonie s'accompagne fréquemment de symptômes cérébraux chez les enfants.

2° Les convulsions appartiennent presque sans exception à la première enfance; elles sont rares après deux ans, elles accompagnent surtout la pneumonie lobaire et ne comportent pas forcément un pronostic fatal. Les convulsions de la fin, par contre, ne précèdent la mort que de 24 heures.

3° Le délire est surtout fréquent de 5 à 8 ans; il se montre dans les formes généralisées et à hautes températures; ces cas, bien que graves, guérissent cependant à peu d'exceptions près.

4° Le rapport, communément admis, entre les symptômes cérébraux et la localisation au sommet du poumon n'existe pas. On ne les voit que dans un cinquième des cas de pneumonie du sommet.

6° Les symptômes nerveux accompagnent surtout (1/3) les formes généralisées avec température élevée.

6° Comme traitement, l'auteur préconise la vessie de glace sur la tête et l'antipyrine à la dose de 2 à 8 grains, toutes les six ou huit heures, suivant l'âge. P. DUFLOCQ.

De la broncho-pneumonie chez les enfants, par TORDEUS (*La Clinique,* 24 *mai* 1888).

Maladie d'autant plus grave qu'elle frappe de plus jeunes enfants. Tordeus repousse les émissions sanguines, conseille les vomitifs (ipéca) à doses massives ou mieux l'apomorphine (1 à 2 cent. par jour). L'enveloppemement du thorax dans des compresses humides, froides ou tièdes, constitue un excellent dérivatif. A. C.

De l'asthme dans l'enfance et de son traitement, par MONCORVO (*In*-8°, *Paris,* 1888).

Moncorvo a observé 48 cas d'asthme chez l'enfant : c'est d'après cette

série d'observations et les statistiques de Salter, Sée, Henoch, qu'il a retracé l'histoire de cette maladie dans le jeune âge.

Sur ces 48 cas, 4 seulement se rapportent à des enfants de moins d'un an ; les autres ont été observés de 1 à 12 ans. Ils se répartissent également dans les deux sexes. L'asthme ne présente pas chez l'enfant de modalités bien particulières. Signalons comme points originaux de cet intéressant travail, l'influence de l'impaludisme très manifeste au Brésil, et de la syphilis héréditaire, en dehors des causes étiologiques habituelles rappelées par l'auteur. Moncorvo ne croit pas, sauf de rares exceptions, à l'origine nasale de l'asthme chez l'enfant.

Comme traitement, Moncorvo a surtout employé, et avec le plus grand succès, la teinture de lobelia inflata, à doses massives, 6 à 15 grammes par 24 heures, suivant la gravité des cas. Il emploie également la pyridine contre les accès et, comme traitement consécutif, les préparations iodurées. On trouvera à la fin de la brochure, les observations détaillées de 32 cas. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude de la pleurésie chez les enfants, par VILCOQ (*Arch. de tocol.*, *juin* 1888).

La pleurésie est très rare dans le courant de la première année; aussi y a-t-il lieu d'en signaler deux observations suivies d'autopsie, avec la relation des lésions caractéristiques qui la distinguent. Elles présentent une localisation manifeste des exsudats au niveau du diaphragme et font défaut au niveau des lobes supérieurs du poumon.

Les deux enfants dont il s'agit sont nés avant terme (au 7e mois et à 8 mois 1/2). Dans l'un des cas, la pleurésie évolua seule, dans l'autre elle s'accompagna d'hémorragies intestinales répétées et abondantes, mais sans lésion de l'estomac ni de l'intestin pouvant expliquer cette complication. On constata enfin les lésions de la péricardite.

Il est probable que la prédisposition à l'apparition de la pleurésie chez ces enfants doit être rapportée à leur faiblesse congénitale, conséquence de leur naissance avant terme ; la cause occasionnelle dépendrait d'un refroidissement. PORAK.

Surgical treatment of empyema, par STEELE, de Chicago (*N. York med. record*, *p.* 618, *juin* 1888).

Le traitement chirurgical de l'empyème donne d'excellents résultats chez l'enfant — meilleurs encore que chez l'adulte. Il faut faire de multiples ponctions exploratives pour s'assurer du diagnostic, parfois fort difficile dans certains cas de pneumonie ayant dépassé la durée normale. L'aspiration simple donne moins de succès et ne doit que précéder une opération plus radicale. L'incision et le drainage avec les précautions antiseptiques, donnent les meilleurs résultats dans la majorité des cas. Il est quelquefois nécessaire de faire la résection sous-périostée de la côte pour assurer le drainage. La thoracoplastie est rarement nécessaire. Incision précoce, drainage parfait, antisepsie complète, voilà la règle. DUFLOCQ.

Erblindung nach Keuchhusten (Amaurose à la suite de la coqueluche), par ALEXANDER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 204, 1888).

Voici deux cas d'amaurose consécutive à la coqueluche :

1° Garcon de 3 ans, atteint de coqueluche grave, mois de juillet 1887 ; fièvre, abattement, agitation nocturne, vomissements. Le 13 août, on remarque qu'il ne suit pas les objets qu'on lui présente : cécité complète. Cependant il n'y a pas de désordre oculaire apparent ; les pupilles réagissent sous l'influence de la lumière ; on ne trouve rien d'anormal au fond de l'œil si ce n'est un peu de dilatation de la veine centrale. Dès lors, manifestations cérébrales, convulsions des membres du côté droit, coma, mort en 15 jours. On n'a rien trouvé dans l'urine.

L'auteur admet dans ce cas un œdème cérébral localisé primitivement entre les tubercules quadrijumeaux et la région occipitale.

2° Fille de 12 ans, coquelucheuse, se plaint de céphalée et d'obscurcissement de la vue vers le milieu de septembre. L'état s'aggrave jusqu'au 3 octobre, jour où existe la cécité absolue. Les pupilles sont dilatées, immobiles, sans réaction à la lumière. Double névrite optique ; gonflement léger des deux papilles dont les contours ont perdu leur netteté. Pas d'hémorragie rétinienne. Séton à la nuque. Iodure de potassium.

Au bout de cinq jours, la céphalée a disparu, la pupille gauche commence à réagir à la lumière ; quelques jours plus tard, la droite. En même temps, la malade distingue quelques objets. Amélioration progressive des fonctions visuelles ; atténuation de la névrite optique. Le 25 novembre, la malade peut lire quelques mots du 12 de Jæger. Acuité visuelle 17/100. Il existe un certain degré d'atrophie de la papille ; l'auteur n'ose espérer la guérison complète. Injections de strychnine.

L'auteur admet ici une névrite optique descendante, consécutive à une méningite de la base ; la méningite aurait guéri. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude de la coqueluche et de son traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques, par R. BERRIAT (*Thèse de Bordeaux*, 1887).

La coqueluche est considérée par l'auteur comme une maladie d'origine parasitaire, et, suivant l'opinion de Michaël, l'habitat primitif du parasite est la muqueuse nasale. Le traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques a été employée par l'auteur chez 10 enfants atteints de coqueluches d'intensité variable (3 insufflations par jour ; formule : salicylate de soude et benjoin aâ 5 ; et sulfate de quinine, 1 gr.). Dans 2 cas, guérison complète en 14 jours ; dans 6, en 20 jours ; dans 1, en 24 ; dans 1, en 32 jours. La diminution des crises a été progressive et non brusque, comme l'ont observé Michaël, Cartaz et Moizard. Les vomissements cessent huit jours au plus après le début du traitement. La médication par les insufflations paraît donc bonne. X. ARNOZAN.

Acute enlargement of the thyroid in a child (Thyroïdite aiguë chez un enfant), par Thomas BARLOW (*Brit. med. j.*, *p.* 1332, *décembre* 1887).

Il s'agit d'un enfant de 3 ans, convalescent d'un érythème noueux. Le premier jour où il était sorti, il avait attrapé un coryza, et s'était plaint de douleurs du cou : on avait noté un léger accroissement du corps thyroïde. En quatre jours, la glande tripla de volume, donnant lieu à une douleur excessive et à une dysphagie considérable : la fièvre était très forte. Tous ces

accidents cessèrent après l'application d'une sangsue, mais l'enfant resta faible, et ne revint à la santé qu'après un séjour à la mer.

Dans la discussion, Stephen Mackenzie et Berry rapportent plusieurs faits analogues, survenant tous chez des enfants, mais à un âge plus avancé, et ordinairement chez des rhumatisants ou des choréiques. H. R.

Ueber plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter (Mort subite chez des nourrissons), par GRAWITZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 22, *p.* 429, 1888).

L'auteur attribue la mort subite, chez deux nourrissons, à l'asphyxie par hypertrophie du thymus.

1° Un enfant de 8 mois, confié à une servante, est trouvé, un matin, mort dans son lit. La servante est accusée devant les tribunaux de l'avoir laissé s'étouffer sous les couvertures. Autopsie médico-légale ; le thymus est énorme, recouvre la plus grande partie du péricarde et atteint presque le corps thyroïde. C'est la seule constatation qui puisse expliquer la mort : les organes sont sains. La servante est acquittée.

2° Fille de 6 mois, bien portante; pendant que son frère la tient sur ses bras, elle a un accès de dyspnée, se cyanose et, au bout de quelques minutes, meurt. Autopsie : le thymus est très volumineux, il est divisé à la partie inférieure en deux lobes qui, unis par du tissu conjonctif, recouvrent presque totalement le péricarde et constituent une sorte d'enveloppe au cœur. En haut il approche du corps thyroïde. Longueur 7 centimètres 1/2. Largeur maximum, sur le cœur, 6 centimètres; épaisseur 1 centimètre 1/2 environ. Nombreuses pétéchies à la surface du thymus. Pas d'autre lésion, sinon les ecchymoses péricardiques et pleurales de l'asphyxie. L. GALLIARD.

Ueber die Verdauung im Säuglingsalter bei krankaften Zuständen (Sur la digestion chez les nourrissons dans l'état maladif), par PFEIFFER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *Band XXVIII*, *Heft* 2).

Jusqu'à présent on croyait que les selles des enfants nourris au sein devenaient vertes, parce que le contenu de l'intestin devenait acide ; d'après Pfeiffer, cette transformation de la bilirubine en biliverdine n'est pas due à l'acidité du contenu intestinal, mais à son alcalinité. Déjà, en 1880, Städeler a montré que, lorsqu'on expose à l'air des solutions alcalines de bilirutine, celle-ci se change en biliverdine. D'autre part, si on verse sur des selles jaunes des solutions concentrées ou étendues d'acide chlorydrique ou lactique, la coloration des selles deviendra d'un jaune plus intense. Au contraire, si on mélange les selles normales avec des solutions faibles de potasse ou de soude, elles deviennent vertes au bout d'une demi-heure; de plus les selles vertes ne redeviennent pas jaunes sous l'influence des acides.

Si on examine les selles à l'aide des réactifs, on remarque que les selles vertes sont faiblement acides et même neutres, tandis que les jaunes sont fortement acides. Si, chez un nourrisson, on donne des acides à l'intérieur, les selles resteront jaunes; au contraire, si on donne des alcalins, elles deviennent rapidement vertes.

Lorsqu'un enfant prend trop de lait à chaque tétée, la sécrétion du suc gastrique ne suffit plus pour fournir la quantité d'acide nécessaire; de même dans le catarrhe stomacal, il y a diminution de l'acide du suc gastrique. Lorsque le produit de la digestion stomacale passe dans l'intestin, l'acidité de ce produit si faible déjà disparaît en pré-

sence de la bile et du suc pancréatique; la bilirubine se change alors en biliverdine. L'administration des acides dans la diarrhée verte est donc tout à fait rationnelle. BARBE.

Die klinischen Bilder der die Kindersterblichkeit... (Des affections infantiles qui occasionnent la forte mortalité estivale), par MEINERT (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p.* 243, 19 *mars* 1888).

Du 11 juillet au 25 septembre 1886, il a succombé à Dresde 663 enfants au-dessous de un an. Le dépouillement des questionnaires adressés à tous les médecins traitants, a fourni les résultats suivants.

Des 616 enfants, sur lesquels des renseignements sont parvenus, 580 ont été emportés par la diarrhée et 36 par des convulsions primitives.

Sur les 479 décès diarrhéiques pour lesquels on possède des informations détaillées, on en compte 444 occasionnés par des entérites aiguës débutant brusquement par des selles aqueuses; 316 fois il s'agissait d'enfants bien portants et généralement même florissants. La maladie a duré en moyenne 7 1/2 jours. Ce sont les enfants les plus vigoureux qui ont succombé le plus rapidement (en moyenne au bout de 5 1/2 jours); la terminaison fatale a été un peu moins prompte (9 1/2 jours) pour ceux chez lesquels l'affection avait été précédée de diarrhée dyspeptique; enfin, elle a été plus tardive encore chez les enfants débilités. Parmi les victimes, on ne compte que 19 enfants élevés au sein, qui tous étaient âgés de moins de 3 mois.

En 1887, l'évolution mortelle de la maladie a été encore plus brusque; sa durée moyenne n'a pas dépassé 3 1/2 jours; 14 pour 100 des décès ont eu lieu dès le 1er jour, tandis qu'en 1886 on n'en comptait que 6 pour 100.

La température élevée de l'atmosphère n'a d'influence qu'en élevant la température des habitations, d'où il suit que l'accroissement de la chaleur extérieure n'est suivi d'une forte exacerbation de la mortalité infantile, que s'il y a en même temps absence de vent.

Comme le vent a pour effet d'abaisser la température des demeures, il en résulte que les logements élevés, et plus généralement tous ceux exposés au vent, ont moins de mortalité infantile que ceux abrités du vent ou situés au rez-de-chaussée. Sous ce rapport, ce sont les logements en sous-sol qui comptent le moins de diarrhées estivales.

Les hautes températures de l'été occasionnent chez l'enfant une accumulation de chaleur, plus considérable chez ceux qui sont alimentés artificiellement, parce qu'ils reçoivent une nourriture trop substantielle et une quantité d'eau insuffisante à la régularisation du calorique. Meinert a mesuré cet accroissement de température du corps qui oscille généralement entre 38 et 38°,6 dans le rectum.

Le choléra infantile présente, même à l'autopsie, de nombreuses ressemblances avec le coup de chaleur, aussi Meinert propose-t-il de le dénommer *coup estival des petits enfants*. Il en distingue 3 formes : 1° la convulsive pure; 2° la convulsivo-diarrhéique; 3° la diarrhéique pure. La diarrhée manque aussi rarement dans le coup de chaleur; elle est de nature nerveuse, paralytique.

Meinert ne croit pas que la gastro-entérite estivale provienne de

germes extérieurs. En effet, les frères et sœurs plus âgés, ainsi que les enfants logés sainement, bien que nourris par le même lait, restent indemnes ; de plus il ne se forme pas de foyers morbides et l'on ne peut déceler aucune source d'infection. Il est plus vraisemblable d'admettre que le poison naît dans le corps, sous forme de produit morbide de la nutrition, peut-être par le fait d'un sang mal décarbonisé et avec le concours des résidus d'alimentation dont Biedert a signalé la toxicité. En tous cas, l'accroissement de température du sang ne crée pas à lui seul le tableau morbide.

On observe, il est vrai, aussi en été, une recrudescence des affections diarrhéiques banales, mais il n'en reste pas moins que la grande mortalité estivale est surtout causée par le coup de chaleur des petits enfants.

Sous les tropiques, la chaleur extérieure suffit pour le produire. Dans nos climats, il est la résultante du climat tropical de nos intérieurs amené par l'agglomération des maisons et l'accumulation des vêtements ainsi que par l'alimentation artificielle des enfants.

Si les climats méridionnaux de la zone tempérée, tels que l'Italie, en sont relativement épargnés, cela tient d'une part à ce que l'allaitement naturel y est plus répandu, d'autre part à ce que les conditions d'habitation et d'habillement y sont adaptées à la chaleur atmosphérique, tandis qu'à Dresde, elles sont surtout prévues contre le froid. J. B.

I. — Experimental studies on some points connected with the causation and treatment of the summer diarrhœas of infancy, par Victor C. VAUGHAN (*Med. News*, 9 *juin* 1888).

II. — A study of the microorganisms in the stomach and intestines in summer diarrhœa of infants, par W. D. BOCKER (*N. York Acad. of med.*, 23 *mai* 1888).

III. — Microscopic examination of the stomach and intestines in the summer diarrhœa of infants, par L. Emmett HOLT (*ibidem*).

IV. — Dietetic management of the summer diarrhœa of infants, par Arthur V. MEIGS (*Med. News*, 7 *juillet* 1888).

V. — A clinical study of the etiology and treatement of summer diarrhœa of infants, par Simon BARUCH (*ibidem*, 7 *juillet* 1888).

I. — Revenant sur un sujet qu'il a longuement étudié (Voy. *R. S. M.*, XXXI, 158), Vaughan montre que la cause des diarrhées estivales de l'enfance tient à l'alimentation par un lait altéré, impur. Cette altération est due à la présence de microorganismes de diverses sortes : ceux qui amènent une diarrhée simple, sont des microbes putréfactifs ; ceux qui produisent le choléra infantile sont pathogènes, donnent naissance à un poison chimique défini, le tyrotoxicon. L'allaitement par nourrice évitera sûrement cet empoisonnement, de même que l'alimentation par un lait frais, gardé dans des vases propres, à l'abri de toute impureté et fermentation.

Vaughan a recherché quelle était la valeur de certains agents pour détruire les germes qui donnent naissance au tyrotoxycon. Il a obtenu les résultats suivants : Sublimé, 1 pour 24,000 parties de lait ; naphtaline, salicylate de soude, résorcine, 1 pour 200.

II. — Bocker a trouvé dans les fèces de 18 enfants atteints de diarrhée estivale, 23 variétés de bactéries. La bile ne détruit pas ces bactéries qui agissent d'une façon variable sur le lait mis en contact avec les cultures de chacune d'entre elles.

III. — Holt a examiné 82 cas : 1° 10 dont la maladie avait duré de 1 à 4 jours ; 2° 31, de 4 à 10 jours ; 3° 31, au delà de 10 jours, environ 3 semaines en moyenne.

Dans la 1re catégorie, l'examen microscopique n'a pas donné de résultats appréciables.

Dans la 2e, il a rencontré des modifications épithéliales des glandes de l'intestin ; infiltration des follicules solitaires du colon et des plaques de Peyer. Peu de modifications de la tunique sous-muqueuse, sauf une prolifération cellulaire dans la partie superficielle.

Dans la 3e, les altérations atteignent ordinairement toutes les tuniques, infiltration cellulaire, ulcères superficiels allant jusqu'à la couche musculaire, et d'origine folliculaire. Les lésions les plus avancées se trouvent dans le gros intestin et la partie inférieure de l'intestin grêle. A. C.

IV. — Meigs résume, dans d'excellents conseils, les conditions dans lesquelles on doit se placer pour éviter ou pour combattre la diarrhée infantile. Il ne proscrit pas le lait, mais il faut avoir soin de vérifier l'état de santé de la nourrice et voir si ce lait est de bonne qualité. Si l'enfant est nourri au biberon, le lait de vache doit être coupé d'eau de chaux, additionné de sucre. Meigs ne croit pas que tous les cas de choléra infantile soient dus à des microorganismes ou à un poison chimique.

V. — Baruch est convaicu, au contraire, que la diarrhée estivale infantile est le résultat d'infection par les microorganismes.

Les facteurs invoqués à l'ordinaire : mauvaises conditions hygiéniques, allaitement artificiel, température élevée de la saison, ne peuvent être admis qu'en tant que favorisant l'introduction de microorganismes, leur multiplication.

Suivent quelques détails sur la prophylaxie de la diarrhée et son traitement. Remplacer le biberon par le lait d'une nourrice, fournir, à défaut, du lait pur, stérilisé ; laver l'intestin avec de grands lavements d'eau chaude, additionnés parfois d'un demi-grain de sublimé. L'antisepsie de l'intestin sera réalisée par de fortes doses de bismuth et de très faibles doses de sublimé (1/64 de grain).

Pour combattre l'hyperpyrexie dans certains cas, Baruch a obtenu d'excellents résultats du bain froid, à 95°, 80° Fahr. A. C.

Ein Fall von Melæna Neonatorum, par TROSS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 22, *p.* 432, 1888).

Dans ce cas, le traitement énergique paraît avoir sauvé l'enfant.

Une fille naît le 10 août à 10 h. 3/4 dans des conditions normales. Le lendemain soir, légère hématémèse. Le 12, au matin, on trouve l'enfant dans une mare de sang, elle a l'aspect d'un cadavre ; respiration brève et superficielle ; 150 battements cardiaques à peine perceptibles. Cependant les réflexes cornéen et pupillaire sont conservés. La mort semble imminente.

L'auteur fait coucher l'enfant la tête en bas. Il pratique dans l'une des fesses une injection de 5 centigrammes de camphre benzoïque, dans l'autre une injection de 5 centigrammes d'ergotine et enveloppe les jambes d'ouate.

Il fait appliquer une vessie de glace sur l'abdomen; de plus on donne toutes les 2 heures une goutte de perchlorure de fer. Au bout de 4 heures la pâleur est moindre; on fait coucher l'enfant horizontalement. Pouls 144.

Dans l'après-midi encore deux évacuations sanglantes. L'enfant prend avec avidité du lait froid et de l'eau albumineuse froide. On continue les injections.

Le 13 et le 14 encore un peu de melæna. On continue le traitement, sauf la vessie de glace. Le 15, selles normales, l'enfant s'alimente. On ne donne plus qu'un peu de perchlorure de fer. A partir de ce jour l'enfant se remet lentement; pas d'autre traitement que du vin de Tokaï. Dans son développement ultérieur, elle ne souffre pas de ce grave incident. L. GALLIARD.

Fälle von angeborener Pylorusstenose, beobachtet bei Säuglingen (Cas de rétrécissement congénital du pylore chez des nourrissons), par HIRSCHSPRUNG (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXVIII, Heft* 1).

Dans le premier cas les vomissements se sont montrés au bout de dix jours; reçu à l'hôpital le 16 janvier, l'enfant mourut le 26 janvier, âgé de 30 jours.

A l'autopsie on trouva que la paroi stomacale était épaissie, des plis de la muqueuse rayonnaient manifestement vers le pylore qui formait un anneau de $0^m,025$ de long ne laissant passer qu'une sonde de moyen calibre. Celui-ci était constitué principalement par l'épaississement de la tunique musculaire.

Dans le second cas l'enfant survécut plus longtemps; né le 13 avril, il ne mourut que le 17 octobre de tuberculose pulmonaire; les vomissements avaient lieu presque tous les jours. A l'autopsie on trouva que le pylore ne laissait passer qu'un crayon ordinaire. Dans aucun de ces cas il n'y avait trace ni d'inflammation, ni d'ulcération.

L'auteur pense que l'on doit considérer comme congénitaux les rétrécissements pyloriques que l'on observe dans les âges plus avancés, ce qui n'est pas sans intérêt au point de vue de la pathogénie de la dilatation stomacale. BARBE.

Ueber Nierenaffectionen im Kindesalter (Sur les affections des reins chez les enfants), par E. HENOCH (*Charité-Annalen, XII Jahrg., p.* 639).

1° *Périnéphrite.* — Henoch rapporte l'histoire d'une périnéphrite suppurée survenue chez une petite fille de 7 ans, à la suite de fatigues, de privations et de refroidissements. La guérison eut lieu en cinq semaines après l'ouverture de l'abcès et avec toutes les précautions antiseptiques voulues. A ce moment il survint une hématurie suivie de l'expulsion de caillots sanguins. Guérison.

2° *Contribution à l'étude étiologique de la néphrite aiguë.* — Deux enfants, l'un de 6 ans, l'autre de 7, présentèrent des phénomènes de néphrite aiguë à la suite de frictions de baume du Pérou, faites contre la gale. Le refroidissement est souvent la cause de la néphrite; il peut y avoir du reste en même temps, inflammation concomitante des organes respiratoires (catarrhe bronchique diffus, bronchopneumonie), les autres organes demeurant indemnes. Henoch en rapporte plusieurs exemples. Dans un cas, il y eut en même temps du purpura, des douleurs articulaires, des coliques et des vomissements. Dans un autre cas la néphrite était survenue en même temps qu'une périty phlite; dans un autre encore à la suite d'un phlegmon de l'avant-bras.

Chez un enfant de 6 ans et demi et un autre de 12 ans, il existait de l'eczéma chronique de la tête, du visage et des membres inférieurs. Rilliet et Barthez ont cité un cas analogue.

3° *Remarques thérapeutiques.* — Henoch ne pense pas que nous

possédions un moyen thérapeutique de nous opposer à l'extension de la néphrite. Il conseille le repos au lit, la diète lactée. On peut donner des féculents cuits, peu de bouillon, pas de viande, pas de vin. Il fait prendre chaque jour 2 ou 3 verres d'eau de Biling ou de Wildungen pour augmenter la diurèse. Ce sont les moyens qu'il recommande, par exemple lorsqu'à la fin d'une fièvre scarlatine, il survient de l'albumine dans l'urine, ne fût-ce qu'un seul jour. Le premier jour de ce traitement, il donne un léger purgatif. La diarrhée, à moins d'être excessive, doit être respectée. Quand il y a tendance à l'anasarque, Henoch ordonne des bains chauds suivis de sudation. (Bains à 28° R. amenés progressivement à 29-30° R. d'une durée de 10 à 15 minutes, puis enveloppement dans une couverture de laine.) Henoch suspend les bains quand il y a du sang dans l'urine. Il faut obtenir la sudation consécutive au bain; c'est le point le plus important. Malgré deux succès dans l'urémie scarlatineuse, Henoch a abandonné l'usage de la pilocarpine. A. MATHIEU.

Die sogenannte essentielle Wassersucht (De l'anasarque essentielle), par E. WAGNER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLI, Heft* 6, *p.* 509).

E. Wagner divise en deux séries les observations d'anasarque qu'il rapporte : l'anasarque chez les enfants et chez les adultes. Il s'agit de l'œdème généralisé qui survient sans qu'on puisse l'attribuer à aucune cause connue, en particulier à une affection du cœur ou des reins.

Chez les enfants, l'anasarque essentielle est beaucoup plus fréquente que chez les adultes. E. Wagner en rapporte 6 cas. Tous les enfants étaient pâles et semblaient sérieusement malades. L'œdème, prédominant aux membres inférieurs, était généralisé et évident en particulier à la face et au scrotum. L'un des enfants observés perdit en 9 jours 3 kilog. de son poids au moment de la disparition de l'anasarque. La température était normale, quelquefois abaissée légèrement. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

Chez l'un de ces enfants, l'œdème s'était reproduit plusieurs étés de suite; un autre en avait présenté après avoir été vacciné.

Comme complications, on a observé deux fois la bronchite généralisée, une fois la pneumonie lobulaire, deux fois la diarrhée, une fois la dysenterie, une fois la pneumonie lobaire.

L'autopsie ne montra dans aucun cas la cause de l'anasarque. La guérison survint dans la moitié des cas. Elle fut marquée par des sueurs abondantes de la diurèse, parfois de la diarrhée.

Comme étiologie spéciale chez les enfants, on peut invoquer, dans les cas précédents : le rachitisme du père, l'anasarque chez la mère ou les frères; un refroidissement intense, des maladies antérieures, la scarlaitine, la dysenterie. La syphilis ne paraissait jouer aucun rôle.

Il faut signaler à part les cas dans lesquels il y avait anémie prononcée, rachitisme, diarrhée chronique. Il s'agit le plus souvent d'enfants au-dessous de deux ans, nourris artificiellement. Ils succombent alors même que l'œdème a diminué.

Chez les adultes, dont l'auteur cite 9 cas, le refroidissement a été la cause la plus fréquente.

L'anasarque peut s'accompagner d'épanchements dans les cavités séreuses. ALBERT MATHIEU.

Sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec le phlegmatia alba dolens, par DUMAS (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, *décembre* 1887, *février* 1888).

L'étude de la symptomatologie, de l'étiologie, de la pathogénie comparées de l'œdème des nouveau-nés et de phlegmatia alba dolens chez l'adulte semble indiquer qu'il s'agit dans le premier cas du symptôme de l'affection indiquée dans le second cas. Le résultat d'un examen nécroscopique chez un nouveau-né atteint d'œdème a en effet permis de constater que les veines fémorales de celui-ci étaient complètement oblitérées par des caillots.

Parmi les causes déterminantes de l'œdème chez les nouveau-nés, la principale réside dans l'établissement incomplet de la respiration ou dans les obstacles pathologiques ou autres que cette fonction peut rencontrer.

Théoriquement les symptômes de l'œdème des nouveau-nés ressemblent à ceux de la phlegmatia alba dolens de l'adulte. L'auteur ne donne cependant pas d'explication de l'œdème si fréquemment localisé à la région pubienne, et limité à cette région. Il pense que les thromboses veineuses chez le nouveau-né doivent avoir, beaucoup plus fréquemment que chez l'adulte, la veine cave inférieure pour siège.

On conçoit l'importance de cette distinction pathogénique au point de vue du traitement. Les massages habituellement conseillés peuvent, en effet, avoir des inconvénients sérieux. Les considérations de l'auteur au sujet de l'influence du mode de ligature du cordon sur la production de la phlegmatia chez le nouveau-né sont hypothétiques, mais intéressantes.

PORAK.

Ueber Hydrocele Neonatorum (Hydrocèle des nouveau-nés), par Wilhem WECHSELMANN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVI*, *Heft* 3, *p.* 627).

Sur 270 garçons nés à l'Institut gynécologique de Dresde, 37 présentaient des hydrocèles, dont 14 communiquant avec le péritoine. Cette proportion dépasse de beaucoup celles qu'ont trouvé les autres auteurs. Cette différence tiendrait à ce que bien des hydrocèles ont dû passer inaperçus en raison de leur petit volume et de l'œdème du scrotum habituel chez les nouveau-nés.

Quelle est l'étiologie des hydrocèles qui ne communiquent pas avec la cavité péritonéale? Peut-être beaucoup d'entre elles ont-elles communiqué pendant la vie intra-utérine. Elles peuvent reconnaître pour cause les traumatismes auxquels le testicule est exposé pendant sa migration ou au moment de l'accouchement.

Le côté droit est bien plus souvent atteint que le gauche. Ce fait est à rapprocher des suivants, qui sont connus : la cryptorchidie est plus fréquente à droite au moment de la naissance, le conduit vagino-péritonéal est plus souvent oblitéré à gauche qu'à droite.

A la fin de son travail, l'auteur formule les quatre conclusions qui suivent : 1° l'hydrocèle des nouveau-nés est bien plus fréquente qu'on ne le croit; 2° cette hydrocèle communique assez souvent avec la cavité péritonéale; 3° elle est plus fréquente à droite qu'à gauche; 4° il est vraisemblable que ces hydrocèles peuvent se produire pendant la vie intra-utérine.

PIERRE DELBET.

Fall von Leukaemie mit Rhachitis bei einem 1 1/2 iährigen Kinde (Coexistence de rachitisme et de leucémie chez un enfant de 18 mois), par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 658, 29 *août* 1887).

Chez cet enfant, la rate et le foie sont augmentés de volume ; la rate descend presque jusqu'à l'arcade fémorale et arrive sur la ligne médiane. En revanche, les ganglions lymphatiques du cou et de l'aine sont peu tuméfiés. Le sang contient 12 fois plus de globules blancs qu'à l'état normal.

En résumé, ce qui distingue cette leucémie infantile de celle des adultes, ce sont, d'une part, le faible développement des ganglions, d'autre part, l'augmentation relativement peu considérable des globules blancs du sang (*R. S.*, *M.*, XXIII, p. 630). J. B.

Sehaedliche Wirkung der senkrechten Extension in der Behandlung von Oberschenkelbrüchen rachitischer Kinder (Inconvénients de l'extension dans le traitement des fractures de la cuisse chez les enfants rachitiques), par WIEHMANN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *Band XXXII*, *Heft* 3).

Les os mis dans l'extension chez les rachitiques subissent un processus spécial qui se caractérise par une flexibilité anormale des os de la cuisse et de la jambe. Les études de Wiehmann ont porté sur huit cas ; la fracture portait sur la partie moyenne de l'os.

Si on pratique l'examen des os de la jambe, ce qui est plus aisé que celui de la cuisse, on constate au bout d'un jour, de huit jours quelquefois une diminution de la résistance des os, tandis que l'autre côté ne subit aucune modification. Ce phénomène est très marqué au niveau de la diaphyse, il l'est encore plus à l'extrémité inférieure de celle-ci.

La consistance des os peut devenir semblable à de la gomme élastique ; il y a, en outre, de la sensibilité dans les mouvements de flexion et même à la pression. Lorsque la fracture est consolidée, on peut alors constater la même altération sur le fémur ; cette altération peut faire croire à un retard dans la formation du cal, si l'on n'a pas soin d'examiner aussi les os de la jambe. On n'a rien observé du côté des os du pied.

Si l'extension est continuée, on peut noter un léger gonflement des épiphyses qui entrent dans la constitution du genou. On a noté d'une façon constante un certain relâchement de l'articulation fémoro-tibiale, une incurvation anormale du tibia ; dans quelques cas on a pu observer un allongement de 0,01 cent.

Cette altération osseuse est apparue de très bonne heure entre un et huit jours et a persisté quelque temps encore malgré la cessation de l'extension. La guérison fut la règle constante ; le cal se forme au bout de trois semaines. BARBE.

A laparotomy on a female child not an hour old, par A. DUNLAP (*Journal of americ. med. Assoc.*, *p.* 50, 14 *janvier* 1888).

Chez une enfant vigoureuse, les intestins — du duodénum au colon, — avec l'épiploon et le mésentère, font hernie par une petite ouverture de l'ombilic, et se sont développés dans un sac ; formé par le cordon ombilical. Pour la réduction, on dut agrandir l'orifice : mais la cavité abdominale était insuffisante pour contenir les intestins. L'ouverture fut alors agrandie de 2 pouces, et les

parois de l'abdomen distendues avec les doigts : au bout de 20 minutes, on put faire rentrer les intestins.

L'opération fut faite sans anesthésie, et l'enfant, âgée de une heure seulement, ne parut pas ressentir la moindre douleur. — La guérison fut rapide et complète. MAUBRAC.

Hygiène de la première enfance, par Jules ROUVIER (*In-8°, Paris*, 1888).

Tout ce qui touche à la santé et au bien-être de l'enfant est traité dans ce travail avec une minutie de détails qui rend ce livre vraiment pratique. Il est divisé en cinq parties intitulées : les parents, l'enfant, le lait, l'allaitement et la mortalité infantile.

Du côté des parents, certaines conditions d'âge, de santé et de consanguinité peuvent compromettre d'avance la santé de l'enfant à venir ; la grossesse et les suites de couches sont aussi soumises à des règles d'hygiène destinées à faire mettre au monde un enfant robuste et à lui assurer un allaitement régulier. L'exposition de ces règles constitue la première partie de l'ouvrage.

La seconde contient un exposé de l'état anatomique et physiologique du nouveau-né, et des soins spéciaux qu'il réclame au moment de la naissance et pendant la première année.

La troisième partie consacrée à l'étude du lait contient l'exposé doctrinal des recherches récentes des microbiologistes sur les modifications de ce liquide au contact de l'atmosphère. C'est le premier travail d'ensemble publié sur ce point spécial.

Rouvier étudie ensuite l'allaitement maternel par les nourrices et l'allaitement artificiel. Il donne tout le développement qu'elle mérite à l'importante question de la syphilis dans l'allaitement et à celle du sevrage.

Il termine, après l'étude des causes et de la prophylaxie de la mortalité infantile, en faisant ressortir les heureux résultats qu'a déjà eus la loi Roussel. MAURICE HACHE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Bacilles del' Erytheme multiforme, par MANSSUROW (*Mémoires de dermatologie et de syphiligraphie, Moscou, II*, 1887 — *en russe*).

Dans 4 cas d'érythème que Manssurow a examinés au point de vue bactériologique, il a trouvé, dans le sang et la peau, d'une façon constante, un microorganisme spécial. Entre les corpuscules sanguins, on voit quelques spores de 1 à 20 μ. Dans les coupes de la peau, à un grossissement de 435 diamètres, on trouve de nombreux petits filaments, de 1 à 3 μ de diamètre, de longueur variable, formant des réseaux comprenant les spores libres dans leurs mailles. Les spores sont animés de mouvements lents à la température ordinaire, mais très manifestes quand on chauffe. Pas d'expériences de culture ou d'inoculation. REBLAUB.

Beitrag zur Lehre von den Arzneiexanthemen (Exanthèmes médicamenteux), par LESSER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 264, 1888).

1° Erythème mercuriel consécutif à une injection sous-cutanée de calomel, chez un étudiant en médecine, âgé de 25 ans, syphilisé depuis quelques semaines. La quantité de calomel injectée n'a pas dépassé 0.06 centigrammes. L'éruption scarlatiniforme s'est manifestée onze heures après; elle s'est étendue à toute la surface cutanée, sans déterminer de fièvre et a été suivie de desquamation par grands lambeaux. L'éruption a duré six jours. Pas de stomatite.

Un mois après l'injection, la desquamation étant presque terminée, le malade a pris sans accident des pilules de tannate de mercure.

2° Erythème noueux dû à l'usage de l'iodure de potassium, chez un syphilitique, âgé de 54 ans. L. GALLIARD.

Sur une modification amenée dans la coloration de la peau et des ongles par l'emploi de l'arsenic, par MANSSUROW (*Mémoires de dermatologie et de syphiligraphie* (*russe*), *II*, *p.* 41-45, *et Vierteljahreschift f. Dermat. u. Syph. Heft* 3, 1888).

Homme de 40 ans qui, après l'emploi de l'arsenic prolongé pendant plusieurs mois, présente une coloration brunâtre toute spéciale des ongles. La suppression du médicament ramène la coloration normale. L'examen microscopique montre que les modifications de la couleur avaient pour siège la couche la plus superficielle de l'épiderme. La nature chimique de la matière colorante n'a pu être déterminée. REBLAUB.

I. — Ueber den Heilwerth des Erysipels... (Valeur curative de l'érysipèle), par SCHIMMER (*Wien. med. Presse*, *n°* 14, *p.* 470, 1888).

II. — Erysipèle contre le cancer, par G. RASCH (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph. Heft* 3, 1888).

I. — L'érysipèle n'a exercé aucune influence sur plusieurs lupus observés par l'auteur, mais il a modifié efficacement des syphilides serpigineuses secondaires; dans un cas où il a succédé à la variole chez un syphilitique secondaire, il n'a déterminé qu'une disparition passagère des accidents; les syphilides ont reparu au bout de deux mois.

Plus remarquable a été l'effet sur une orchi-épididymite chronique bilatérale. Le sujet ayant contracté un érysipèle de la face, à la suite d'une excoriation du nez, la maladie dura dix jours. Pendant ce temps, les orchites guérirent et huit jours après, la disparition de l'éruption, le malade put quitter l'hôpital.

Chez une fille de vingt ans, soignée pour un eczéma de la face et une tuméfaction ancienne (scrofuleuse) des ganglions du cou, l'érysipèle de la face a eu un double effet curatif; la malade est partie guérie de l'eczéma et n'ayant plus qu'un gonflement ganglionnaire insignifiant.

Enfin voici un cas remarquable de guérison de chéloïdes cicatricielles. Fille de 18 ans, soignée depuis 3 trois mois pour des chéloïdes très étendues et très épaisses de la poitrine et de l'aisselle, consécutives à des brûlures. Erysipèle grave ; 40° pendant 10 jours, prostration, faiblesse très inquiétante. La rougeur s'étend à presque toute la surface tégumentaire. Au bout de trois semaines, au moment de la desquamation, on observe que plusieurs chéloïdes ont subi une résorption complète ; la peau est lisse à leur

niveau. Celles qui n'ont pas disparu à ce moment cèdent au bout d'une nouvelle période de 3 semaines sous l'influence d'un second accès d'érysipèle.

L. GALLIARD.

II. — Erysipèle migrateur parti de quelques excoriations siégeant sur une cicatrice d'extirpation du sein pour cancer. Influence absolument nulle sur les noyaux cancéreux récidivés et les ganglions dégénérés. Peu de temps après, symptômes de cancer du poumon et de la plèvre.

REBLAUB.

Ueber acutes umschriebenes Œdem der Haut (Œdème aigu circonscrit de la peau), par G. RIEHL (*Wien. med. Presse, n°* 11, *p.* 353, 1888).

L'œdème aigu circonscrit de la peau, considéré par Milton comme une urticaire géante, dénommée par Strübing œdème aigu angioneurotique, se manifeste sans cause connue, sans phénomènes prodromiques, sur un point quelconque et atteint en deux ou trois heures son maximum d'intensité. Rarement il s'accompagne de rougeur; l'épiderme est tendu, brillant; la température locale ne s'élève pas. Les malades éprouvent une sensation désagréable, quelquefois des picotements et de la brûlure. Au bout de vingt-quatre heures, en moyenne, tout a disparu sans laisser de traces.

L'œdème est généralement localisé; pendant un accès il peut cependant se manifester simultanément sur plusieurs régions ou gagner de proche en proche. On peut l'observer au pharynx et au larynx, rarement dans les fosses nasales. On le voit d'ordinaire au visage, aux paupières, aux extrémités, parfois aux organes génitaux.

Cette maladie récidive fréquemment. Dans les deux cas de l'auteur, elle a déterminé à la longue une déformation des régions : paupières et joue.

Voici ces deux faits :

1° Instituteur, âgé de 51 ans, ayant eu une névralgie sus-orbitaire et du rhumatisme. Premier œdème de la paupière gauche, en 1874, à la suite de la mort de sa femme, plusieurs récidives ; en 1878, œdème de la paupière droite et, à partir de ce moment, accès fréquents de l'un ou de l'autre côté ou des deux côtés à la fois. Dans les dernières années, mêmes manifestations au niveau des lèvres. En 1885, œdème pharyngo-laryngé, avec menaces d'asphyxie. Les accès d'œdème cutané surviennent tous les dix ou douze jours.

Les paupières ne sont pas épaissies ni gonflées, mais la peau distendue constitue une sorte de sac vide qui pend et gêne beaucoup les fonctions visuelles ; aussi l'auteur propose-t-il d'en exciser un lambeau.

Pas de phénomènes généraux, pas de malaise. Le malade traité par une foule de médecins a pris sans succès des médicaments nombreux.

2° Chauffeur de locomotives, 33 ans, a eu, il y a trois ans, consécutivement à des fatigues, un œdème aigu de la joue gauche, lequel s'est renouvelé tous les quinze jours à peu près, pendant six mois. Ensuite l'œdème s'est manifesté à la joue droite. Une fois le malade a souffert d'œdème pharyngo-laryngé. Le malade conserve dans l'intervalle des accès un certain épaississement des joues. Il est robuste; pas de lésion viscérale.

L'auteur fait connaître encore deux autres cas dus à von Hacker et Sorreys.

L. GALLIARD.

Zur Kenntniss der schweren Erytheme und der acuten multiplen Hautgangrän (Erythème grave et gangrène disséminée aiguë de la peau), par DEMME (*Fortschritte der Medicin*, n° 7, 1888).

Demme rapporte cinq cas d'érythème noueux avec purpura, observés chez des enfants, âgés de 3 à 11 ans, dont deux furent suivis de gangrène de la peau ; ces cinq enfants, dont trois étaient frères et sœurs, étaient assez chétifs et vivaient dans de déplorables conditions hygiéniques.

La maladie, caractérisée par des phénomènes généraux assez sérieux, vomissements, délire, fièvre, etc., rappelait tout à fait le début des maladies infectieuses; l'éruption était constituée par des plaques d'érythème noueux, qui, vers les cinquième et sixième jour, s'accompagnèrent de purpura, et qui, dans deux cas surtout, furent suivis de gangrène disséminée des téguments.

Les conditions dans lesquelles les enfants étaient tombés malades, l'apparition successive de cet érythème chez trois frères et sœurs, devaient faire penser qu'il s'agissait d'une de ces variétés d'érythèmes infectieux et contagieux connus depuis longtemps. Cette présomption clinique s'est trouvée, en effet, vérifiée par les recherches microscopiques et bactériologiques.

Tandis que l'examen du sang était absolument négatif, Demme constata, au contraire, soit dans le suc des noyaux érythémateux, soit dans le liquide des pustules ou des plaques gangréneuses qui se formaient à leur surface, la présence de deux variétés distinctes de micro-organismes : l'un était un micrococcus, se présentant sous forme de diplococus ou de monococcus ou encore de zooglées ; l'autre était un bâtonnet long de 2μ,2 à 2.5 et large de 0μ,5 à 0μ,7.

Leur développement était rapide surtout sur l'agar-agar ou sur le sérum sanguin de mouton; seul, le micrococcus se développait également sur la gélatine, mais d'une façon misérable; contrairement au staphylococcus pyogenes aureus, avec lequel morphologiquement il avait beaucoup de ressemblance, il ne liquéfiait pas la gélatine.

D'autre part, les inoculations faites au lapin, au cobaye, au chien avec les cultures du micrococus restèrent sans résultat appréciable, tandis que les cultures du bacille inoculées, soit directement dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit sur la peau préalablement scarifiée, déterminèrent l'apparition de gros noyaux érythémateux qui s'accompagnèrent de gangrène consécutive de la peau à leur niveau.

Il s'agirait donc réellement d'une affection primitive, indépendante des érythèmes noueux secondaires que l'on voit apparaître dans le cours d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, etc. W. OETTINGER.

Ueber einer Fall von Eczema (Sur un cas d'eczéma suintant compliqué d'infection septique), par A. ELSENBERG (*Vierteljahreschrift f. Dermat. u. Syphilis, Heft* 3, 1888).

Des observations récentes ont montré que les solutions de continuité du tégument pouvaient servir de porte d'entrée au bacille de la tuberculose. Les efflorescences cutanées peuvent se comporter de la même fa-

çon et l'auteur expliquerait volontiers par la pénétration de ce microbe à travers les lésions d'un eczéma préexistant de la face, l'origine d'un certain nombre de méningites tuberculeuses chez les enfants. — D'autres microbes peuvent, de la même façon, faire irruption dans l'organisme. Témoin l'observation suivante :

Homme de 30 ans, atteint d'orchite blennorragique, se fait des applications d'onguent gris sur le scrotum et les cuisses. Eczéma consécutif, suintant et pustuleux, occupant le ventre, le scrotum et la face interne des cuisses. A un certain moment, engorgement des ganglions de l'aine qui se mettent à suppurer, élévation de la température qui oscille autour de 40°, douleur dans le côté gauche de la poitrine, enfin en moins de trois jours mort dans le collapsus.

A l'autopsie, épanchement purulent de la plèvre droite, altération du foie, de la rate, des reins et du myocarde. A l'examen bactériologique, existence de nombreux staphylocoques, que les cultures démontrèrent être le staphylococcus albus.

En somme, l'auteur pense que ce parasite si répandu est venu s'abattre sur les surfaces suintantes, qu'il a trouvé dans l'exsudat un terrain de culture favorable à sa multiplication. De là il a pénétré par les lymphatiques jusqu'aux ganglions inguinaux, et s'est déversé dans la circulation générale soit par les lymphatiques soit directement au niveau des lésions cutanées. REBLAUB.

Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés ou maladie de Ritter, par George-T. ELLIOT (*The amer. journ. of the med. sc., p.* 1, *janvier* 1888).

Inconnue avant la description de Ritter, en 1878, la dermatite exfoliatrice avait été confondue jusque-là avec le pemphigus ou d'autres affections cutanées s'accompagnant d'éruption bulleuse.

Apparaissant d'ordinaire à la face, parfois en d'autres points du corps, l'éruption, d'abord irrégulière, se généralise en très peu de temps; en général les extrémités sont atteintes en dernier lieu. Les muqueuses participent à l'éruption. La peau prend une teinte rouge pourpre. La desquamation commmence avant que l'éruption ait atteint toute son étendue. Dès que l'exfoliation épidermique est terminée, les extrémités reprennent en peu de temps leur couleur normale, mais la peau reste, pendant un certain temps, plus délicate; la reproduction de l'épiderme est longue à se faire dans les cas où au-dessous des phlyctènes il ne s'est pas fait d'exsudation. D'ordinaire, il n'y a aucune fièvre, mais dans les cas graves peuvent survenir des complications pouvant entraîner la mort (furoncles, septicémie, pyohémie, gangrène). Dans un des cas rapportés par l'auteur, il y eut des lésions oculaires graves par extension de l'affection.

Sur cinq cas vus par l'auteur, il y eut deux guérisons, deux morts et un cas dont la terminaison est inconnue. Les causes de la mort ont été une gastro-entérite, pour l'un et une hémorragie de l'iris sous l'influence de la cachexie entraînée par la dermatite pour l'autre.

L'auteur termine son mémoire par des considérations diagnostiques.

F. V.

Two cases of typical dermatitis herpetiformis, par DUHRING (*New York med. journ.*, *p.* 104, 9 *avril* 1887).

1° Homme de 22 ans atteint depuis deux ans de dermatite herpétiforme, c'est-à-dire d'une éruption vésiculeuse et bulleuse généralisée intermittente. Il y a un an, des pustules se sont jointes à ces lésions. La maladie procède par accès. Les vésicules sont tantôt disposées en anneaux, tantôt en groupes irréguliers. Il est arrivé que la totalité des téguments sauf les mains et les pieds, a été couverte des trois variétés de lésions : vésicules, bulles et pustules; quand elles disparaissent elles laissent une pigmentation brunâtre.

L'état général pendant les deux années, n'a pas été constamment mauvais; l'amaigrissement est modéré.

Au moment où l'auteur voit le malade il a depuis quatre jours une éruption absolument généralisée; les vésicules les plus récentes ne sont pas plus grosses que des têtes d'épingles, mais possèdent déjà nettement les caractères de l'herpès. Les grandes sont entourées de cercles érythémateux et prennent l'aspect de l'herpès zoster. Les lésions sont symétriques. On constate l'engorgement des ganglions lymphatiques. Le prurit est intense.

Au bout de deux semaines, la période aiguë est terminée ; il y a de nombreuses excavations spontanées ou par grattage. Les bulles sont aplaties, et les larges lambeaux épidermiques font penser au pemphigus foliacé.

C'est là, d'après l'auteur, une variété polymorphe de dermatite herpétiforme.

2° Dans l'autre cas, l'aspect des lésions est analogue ; on a pensé à de l'érythème vésicant ou du pemphigus prurigineux. L'auteur a assisté à un grand nombre de poussées successives dans l'espace de quatre semaines.

L. GALLIARD.

Psoriasis associated with rheumatism, which passed into pityriasis rubra (Transformation d'un psoriasis en dermatite exfoliatrice), par Dyce DUCKWORTH (*Brit. med. j.*, *p.* 779, *avril* 1887).

Femme de 24 ans, rhumatisante, est atteinte de psoriasis depuis cinq mois. Déjà cinq et dix ans auparavant, elle avait eu des attaques du même genre, et chaque fois, des douleurs rhumatoïdes précédaient la poussée cutanée. Il y avait des signes d'endocardite mitrale.

A son entrée à l'hôpital, elle était reprise de rhumatisme subaigu fébrile, et le psoriasis s'était reproduit sous forme de plaques squameuses multiples, surtout confluentes au tronc et à l'abdomen. Malgré un traitement actif (salicylate de soude puis arsenic) le rhumatisme fit des progrès, et les articulations devinrent tuméfiées par des épanchements : en même temps l'éruption se transforma insensiblement en dermatite diffuse. Cette poussée résista complètement à toute espèce de traitement local et général pendant la période d'état : l'arsenic fut progressivement porté à de hautes doses, et alors seulement, au bout de trois mois, la dermatose commença à céder. Le rhumatisme s'atténua simultanément et la malade quitta l'hôpital le 4e mois, ayant la peau saine, mais les phalanges et les articulations du métacarpe déformées et noueuses.

H. R.

A case of general seborrhœa, par Bland SUTTON (*Medico-chir. Trans.*, *LI*, *p.* 291).

Bland Sutton décrit sous ce titre un cas d'ichthyose congénitale d'Hebra. Il s'agit d'un fœtus né à terme, avec une apparence très spéciale. Il semble que tout le corps ait été craquelé comme une faïence : les téguments sont fissurés, et les fissures sont colorées en rouge, tandis que le reste est uni-

formément blanc jaunâtre, recouvert de sérum et d'épiderme. De là le terme de fœtus arlequin, que Wilks a donné à cette curieuse apparence. La peau des mains et des pieds n'est pas fissurée, mais comme cireuse, et les doigts sont effilés comme dans la sclérodermie.

L'examen microscopique montre que les changements histologiques portent à peu près exclusivement sur l'épiderme qui est dix fois plus épais qu'à l'état normal, et dont les éléments sont enclavés au milieu d'un magma de gouttelettes huileuses. Il semble donc ressortir de cet examen que l'apparence en question tient à l'hypertrophie des glandes sébacées et à leur sécrétion anormale.

Une planche bien faite et un index bibliographique complet accompagnent cette notice. H. R.

Ueber einen Fall von Urticaria pigmentosa, par Anton ELSENBERG (*Vierteljarhreschift f. Dermat. u. Syph.*, *Heft* 3, 1888).

Elsenberg rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans, qui présente tous les symptômes de l'affection décrite par les auteurs anglais sous le nom d'urticaire pigmentaire. Il le fait suivre de la discussion de tous les faits qui ont été publiés antérieurement. Le sien propre n'offre que deux particularités intéressantes : c'est d'une part l'efficacité du traitement par l'atropine, d'autre part l'examen histologique qui concorde de tous points avec l'examen qui a été fait par Unna, à propos d'un autre cas de la même affection. REBLAUB.

I. — Demonstration eines Falles von Xeroderma pigmentosum, par RIEHL (*Wien. klin. Woch.*, *n°* 5, *p.* 118, 1888).

II. — Un cas de xeroderma pigmentosum, par ARNOZAN (*Ann. de Dermatol. et de Syphil.*, *n°* 6, 1888).

III. — Xeroderma pigmentosum : ses relations avec les tumeurs malignes de la peau, par TAYLOR (*N. York*, *medic. Record*, *p.* 261, *mars* 1888).

I. — Malade âgée de 61 ans. Son grand-père aurait été très pigmenté. Elle présenta, dès son jeune âge, des éphélides très nombreuses à la face et sur les bras. A 18 ans, ces éphélides devinrent plus nombreuses et plus foncées, en même temps qu'apparut sur le nez une petite tumeur mamelonnée qui fut enlevée par Dumreicher. La tumeur récidiva souvent, nécessitant des opérations assez fréquentes; enfin, depuis trois ou quatre ans, des papillomes semblables ont surgi en divers points de la face.

La malade présente la forme habituelle du xeroderma pigmentosum. Des taches pigmentaires sombres et irrégulières, et de nombreux îlots blanchâtres cicatriciels à la face, sur le cou, sur les parties supérieures de la poitrine, ainsi que sur la partie supérieure de chaque bras. Les mains ne sont intéressées que du côté de l'extension; l'affection est rare et peu prononcée sur les membres inférieurs et les pieds. On observe sur la face seulement quelques spécimens des angiomes ou des télangiectasies qu'on observe habituellement. L'atrophie de la peau et la sécheresse de l'épiderme sont très prononcées sur les mains et les avant-bras. On remarque sur le visage les néoplasies caractéristiques : un épithélioma ulcéré, qui a détruit une grande partie de la charpente cutanée et cartilagineuse du nez, et sur les joues et le front de nombreux épithéliomas de la grosseur d'une lentille.

D'après Riehl, la maladie commence ordinairement dans la première enfance, dans les deux premières années de la vie, par des taches pigmentées, parsemées de petits angiomes. Les premières s'accroissent d'une façon continue; les derniers se résolvent fréquemment, ne laissant

d'autres traces que des cicatrices blanchâtres et superficielles. Les épithéliomas commencent à apparaître au milieu des plaques pigmentées, dans l'enfance (de 6 à 12 ans), et causent la mort dans un laps de temps plus ou moins long, par leur développement et leur accroissement.

L. HASSLER.

II. — Albert B..., âgé de 11 ans, a présenté, à l'âge de 3 ans, des taches de rousseur sur les tempes; elles envahirent ensuite la tête et le cou; puis survinrent des boutons durs, pointus, cornés, suivis d'ulcérations fongueuses. Les taches, au moment de l'observation, sont de plusieurs variétés : pigmentaires, ce sont les plus nombreuses; achromateuses, vasculaires. Il y a, en outre, des tubercules, des cicatrices décolorées, des taches desquamantes. Les lésions sont diversement localisées sur la tête et le cou. Les mains sont pigmentées à leur face dorsale, avec congestion et desquamation. Il y a, en outre, quelques taches pigmentées disséminées sur les bras, la hanche droite, la fesse gauche. L'état général est encore assez bon; pas de commencement de cachexie.

Armozan comparant ce cas à ceux de Kaposi et de Vidal n'hésite pas à adopter le diagnostic de xeroderma pigmentosum. Un frère aîné de l'enfant a succombé à une affection semblable qui avait débuté à l'âge de 14 mois.

F. BALZER.

III. — Taylor réclame la priorité pour la description de la maladie de Kaposi. Les sept cas qu'il donne sont les premiers en date des quarante actuellement connus.

Le début se place entre six et sept mois; une seule fois il s'est fait à 14 mois. C'est donc une maladie de la première enfance, et les auteurs n'ont pas assez insisté sur cette particularité. La maladie commence par un érythème qui débute à la face, surtout autour des yeux, qui envahit ensuite a tête et le cou, et qui s'arrête à la deuxième côte.

Il fait place ensuite à des taches rouges télangiectasiques, atteignant au plus le volume d'un pois, irrégulièrement disséminées. La pigmentation apparaît alors, et passe successivement du brun clair au noir; elle s'effectue en six mois.

Sur les mains, l'érythème prodromique n'est pas si marqué. Ces diverses lésions présentent dans leur évolution des poussées et des rémissions variables.

L'atrophie se montre vers la fin de la première année sous forme de plaques détruisant les édifices glandulaires et donnant au doigt la sensation du parchemin. Il se produit des difformités variables comme aspect et comme conséquences, suivant les régions atteintes, jamais plus graves que dans le cas de localisation aux orifices. On voit survenir alors l'ectropion et ses suites, la sténose buccale ou nasale, etc.

L'atrophie est moins marquée sur les mains et les jambes. Alors se montrent les tumeurs épithéliales, les unes bénignes, les autres malignes. Les premières présentent plutôt l'aspect de plaques kératosiques, les secondes de tumeurs vasculaires volumineuses; ces dernières sont toujours malignes; les autres peuvent le devenir. Sur 40 cas, on note 17 fois des tumeurs malignes et 6 fois des tumeurs bénignes. Sur 9 enfants, on compte 5 cas de tumeurs malignes survenues à 2 ans 1/2, 3 ans 1/2, 5 ans 1/2 et 6 et 12 ans. Il faut savoir enfin que la dégénérescence maligne peut se montrer même dans la 35e année; tel est le cas exceptionnel d'Heitzmann. Les tumeurs qui évoluent le plus vite sont

celles qui se développent à l'union de la peau et d'une muqueuse. Les tumeurs malignes sont surtout des épithélioma. Sur 17 cas, on note 14 épithéliomas, 1 mélanosarcome, 1 sarcocarcinome, 1 carcinome. Les tumeurs bénignes sont des papillomes, des granulomes. L'histologie a été bien étudiée par Neisser, Pick et Leloir. Suivent 7 cas détaillés appartenant à l'auteur, et l'analyse de tous les faits publiés, au nombre de 40.

P. DUFLOCQ.

Psoriasis et arthropathies, par BOURDILLON (*Thèse de Paris*, 1888).

Chez un bon nombre de malades atteints de psoriasis, il existe des douleurs et des arthropathies unies par des liens étroits à la maladie cutanée qui est le plus souvent le premier fait pathologique. Ces arthropathies sont souvent partielles et noueuses, quelquefois généralisées, prédominant sur les tissus fibreux ou osseux. On constate fréquemment chez ces malades des phénomènes nerveux qui permettent de rapprocher ces arthropathies des arthropathies nerveuses d'origine périphérique ou médullaire, opinion que l'auteur est d'autant plus disposé à admettre qu'il considère le psoriasis comme une trophonévrose. La discussion des théories parasitaire et throphoneurotique du psoriasis est présentée avec de grands détails dans cette thèse qui renferme des observations d'un grand intérêt.

F. BALZER.

Epidémie de pemphigus contagieux des nouveau-nés observée à Kristiassund de septembre 1884 à janvier 1885, par WIEHMANN (*Tidsskrift for praktisk Medicin, n°* 21, 1887).

La maladie débutait en général, dès le troisième ou quatrième jour de la naissance, par de la fièvre et des phénomènes dyspeptiques (météorisme, catarrhe intestinal). Puis apparition de taches rouges sur le ventre, le cou, la face et les membres, mais jamais dans la paume de la main, ou sur la plante des pieds. Dès le lendemain de son apparition, l'éruption se transforme en grosses vésicules contenant un liquide séreux jaunâtre. Ces vésicules, confluentes ou isolées, se dessèchent sans se rompre ou, au contraire, se rompent, et alors le liquide peut circuler dans le voisinage. La guérison sans cicatrice est obtenue après formation de croûtes. Toute la maladie a duré trois semaines. Sur 22 enfants, 3 moururent. Tous ces faits furent constatés dans la clientèle de la même sage-femme, et l'auteur admet que la transmission eut lieu par l'intermédiaire de gants de laine que portait constamment cette dernière.

REBLAUB.

Pemphigus prurigineux. Guérison par l'acide phénique, par Louis SECRETAN (*Revue médic. Suisse romande*, *VIII*, 222, *avril* 1888).

Femme enceinte ayant des poussées fébriles de pemphigus généralisé s'accompagnant de vives démangeaisons qui résistent pendant un mois à l'arsenic et aux bains prolongés d'acide borique, etc.

Secretan ayant eu recours à des compresses d'eau phéniquée à 1 0/0, immédiatement le prurit disparut durant toute l'application. En même temps, la malade n'eut plus que des bulles abortives.

Le traitement phéniqué n'a pas donné lieu à des accidents (*R. S. M.*, XV, 601).

J. B.

Ueber einen gelungenen Impfversuch mit Molluscum contagiosum (Inoculation d'un molluscum contagieux), par HAAB (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 8, p. 254, 15 avril 1888*).

Haab s'est inoculé à l'avant-bras, au moyen de frictions, le contenu d'un molluscum contagieux fraîchement extirpé. Plus de six mois s'étaient passés depuis cette inoculation, à laquelle il ne songeait plus, lorsqu'il remarqua qu'elle avait réussi. Le nodule, qui avait atteint les dimensions d'une graine de chanvre, s'était un peu enflammé lorsqu'il l'extirpa. A l'examen microscopique, il présentait absolument la même structure que le nodule ayant servi à l'inoculation.

Retzius a également signalé l'apparition tardive d'un molluscum inoculé. J. B.

Molluscum fibrosum and multiple fibro-neuromata, par J. PAYNE (*Brit. med. journ., p. 1098, mai 1887*).

Il s'agit d'une femme de 43 ans, qui, depuis longues années, avait le corps couvert de petits fibromes molluscoïdes, les uns sessiles, les autres pédiculés : elle avait de plus dans l'aisselle une tumeur douloureuse formée aux dépens du plexus brachial. Celle-ci s'accrut beaucoup, en même temps que la plupart des tumeurs cutanées s'atrophiaient : finalement la mort survint dans une attaque de diarrhée.

L'autopsie montra un névrome plexiforme de tout le plexus brachial, caractérisé par du tissu fibreux embryonnaire traversé par des tubes nerveux multiples. Les tumeurs molluscoïdes de la peau étaient également des fibromes, mais sans pénétration de tubes nerveux : ceux-ci ne se voyaient que dans le voisinage et non au sein de la masse fibreuse. Ces détails histologiques sont en désaccord avec la loi posée par Recklinghausen, à savoir que le molluscum de la peau n'est autre chose qu'un fibro-névrome cutané. H. R.

Xanthoma multiplex... (Xanthomes multiples développés sur des nœvus vasculoso-pigmentaires), par H. KŒBNER (*Vierteljahreschrift f. Dermat. u. Syph., Heft 3, 1888*).

Chez un homme, entré dans son service pour un chancre syphilitique, K. constate dans les deux régions axillaires, surtout dans la droite et au cou, de nombreuses tumeurs saillantes, de dimensions variables, confluentes ou isolées, de coloration brun-rougeâtre ou même violacée, tumeurs qui deviennent de moins en moins saillantes à mesure qu'on s'éloigne du foyer principal et qui finissent par n'être plus que des taches en tout semblables à des angiomes. Pas de xanthélasma des paupières. Rien aux gencives, ni sur les muqueuses buccale et labiale. Foie et rate normaux. Pas de sucre dans les urines. Jamais d'ictère.

L'auteur appelle l'attention sur la localisation bizarre de ces tumeurs xanthomateuses, les régions habituellement atteintes étant restées indemnes, sur leur coloration tout à fait spéciale qui n'appartient pas au xanthome ordinaire, enfin sur la disposition et la distribution de ces tumeurs qui se trouvaient manifestement échelonnées sur le trajet des nerfs cutanés de la région. Le développement de ces tumeurs a été également très remarquable. Le malade était atteint, depuis l'âge de deux ans, de nævus pigmentaires; mais tandis que ceux des bras, des cuisses et du ventre subirent une régression spontanée, ceux des régions axil-

laires et du cou se transformèrent, entre l'âge de 14 et de 16 ans, en tumeurs xanthomateuses.

S'appuyant sur ce développement et sur l'examen histologique longuement rapporté, Kœbner pense que ce cas doit être rangé entre les cas récemment décrits de xanthomes multiples de l'enfance et les nævus nerveux vasomoteurs et trophiques de Théod. Simon. REBLAUD.

Ueber Hauttuberculose durch Inoculation und Autoinfection, par STEINTHAL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 184, 1888).

1° Il s'agit, dans la première observation, d'une ulcération tuberculeuse du dos de la main et d'un panaris tuberculeux par inoculation.

Le sujet est une femme de 37 ans, observée le 1er décembre 1887, atteinte d'ulcération du médius gauche au moment où son mari mourait phthisique, au mois de février 1884. Quelques mois plus tard survint la plaie du dos de la main droite, grande actuellement comme une pièce de 5 francs, avec tendance manifeste à l'extension centrifuge, pendant que le centre se cicatrise. Pas de tuberculose pulmonaire.

Grattage, cautérisation au paquelin, sublimé. Ce traitement amène la guérison de la plaie du dos de la main droite. Quant à l'ulcère du doigt, il résiste plus longtemps, mais la guérison est certaine.

2° La tuberculose de la peau existe ici chez un garçon de 11 ans, atteint de mal de Pott et de lichen généralisé. Il porte au côté gauche du cou un petit nodule dur, saillant, bleuâtre que l'on excise et au niveau duquel la peau contient des tubercules et des bacilles. Un autre nodule analogue occupe l'angle de la mâchoire du côté droit. Quelques ulcérations aux doigts.

L. GALLIARD.

Scrofulo-tuberculose de la peau, par MOREL-LAVALLÉE (*Ann. de dermat.*, *oct.* 1888).

Tandis que la tuberculose vraie de la peau est plus ou moins rapidement infectieuse et généralisée, la scrofulo-tuberculose peut durer longtemps sans infection consécutive, et cette infection se produit plus lentement, par production de nouveaux foyers, tels qu'abris froids, arthrites, etc... Nos connaissances ne sont pas encore assez précises pour bien montrer les relations qui existent entre la scrofulo-tuberculose cutanée et les ulcérations tuberculeuses proprement dites. L'auteur vante l'emploi des injections de vaseline iodoformée qui rendent de grands services dans le traitement de la scrofulo-tuberculose cutanée.

F. BALZER.

Leçons sur le lupus, par Jonathan HUTCHINSON (*Brit. med. j.*, *nos* 1410-1412 *janvier* 1888).

Leçons riches de faits et fort intéressantes. L'auteur démontre qu'il y a un grand nombre de maladies associées au lupus. Entre les formes communes du lupus ulcéreux, et le lupus érythémateux la relation est étroite histologiquement et cliniquement. Il est probable que toutes les formes de lupus sont en rapport avec l'état de santé qui crée l'imminence de la tuberculose et des affections scrofuleuses : mais à côté de cela on voit des lupus sur des personnes d'une excellente santé, plutôt prédisposées au cancer qu'à la tuberculose. Le lupus offre également un élément inflammatoire : c'est presque toujours par un processus irritatif qu'il

débute. Mais l'infection et la contagion jouent le rôle étiologique prépondérant. L'auteur a examiné dans des chapitres spéciaux l'influence de l'hybridité et de la transmission héréditaire dans ces dermatoses infectieuses, et il a pu y faire rentrer la maladie très curieuse connue sous le nom de maladie de Kaposi. H. R.

I. — Usage interne de l'acide phénique dans les maladies de la peau, par AUGAGNEUR (*Province méd.*, 18 *août* 1888).

II. — *Idem*, **par BERTHOLUS** (*Thèse de Lyon*, 1888).

I et II. — Augagneur donne à ses malades l'acide phénique dans du sirop d'écorces d'orange; la dose n'a jamais dépassé 1 gramme pour l'adulte, 0gr,50 chez l'enfant. Jamais aucun phénomène d'intolérance ou d'intoxication. Le succès a été constant dans les prurigos; il y a amélioration des eczémas secs; les eczémas humides sont moins modifiés. Insuccès dans le psoriasis.

On trouvera dans la thèse de B. des indications historiques et une série d'observations inédites. A. C

Resorcine bei Keloïdan, par Justus ANDEER (*Centralbl. f. d. med. Wissench.*, *n°* 42, 1888).

C'est presque par hasard que l'auteur a eu l'occasion d'employer la résorcine chez une femme atteinte d'une chéloïde étendue du dos du pied qui rendait la marche extrêmement difficile. L'amélioration obtenue a été immédiate; elle s'est maintenue. D'autres médecins ont également employé avec succès la résorcine contre les chéloïdes, en particulier V. Nussbaum, de Munich. (Pommade à 1 0/0.) A. M.

Des chancres syphilitiques extra-génitaux, par BIELONSOW (*Medicinische Rundschau*, *n°* 21, 1887, *et Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 3, 1888).

Bielonsow rapporte 5 cas de chancre des amygdales et du voile du palais, 2 cas de chancre de la langue, 2 cas de chancre du mamelon et 2 cas de chancre des lèvres. Il insiste sur l'absence, dans tous les cas, de l'induration caractéristique; dans trois cas seulement de chancre de l'amygdale, celle-ci était augmentée de volume. REBLAUB.

Ueber den jetzigen Stand... (Etat actuel de la question du bacille syphilitique), par Julian MARKUSE (*Viert. f. Dermat.*, *Heft* 3, 1888).

M... conclut de ses recherches sur le microbe de la syphilis que le bacille de Lutsgarten ne se rencontre pas d'une façon constante dans les sécrétions des productions syphilitiques; on le trouve, il est vrai, dans la majorité des cas, mais cela d'une façon très variable, tantôt en très grande abondance, tantôt peu nombreux, bien que la préparation provienne du même sujet. Il existe des bacilles identiques dans quelques sécrétions non syphilitiques. Enfin on trouve dans le smegma des bacilles qui diffèrent peut-être, mais dont il est encore impossible de déterminer les caractères différentiels. La coloration est la même; on a cru trouver un caractère diagnostique différentiel dans la différence de résistance que ces deux bacilles opposent aux acides. Il résulte de tout cela que l'identité entre le bacille de la syphilis et celui du smegma

n'est pas démontrée, mais qu'il n'est pas davantage démontré, pour le moment, que le bacille de Luisgarten soit véritablement le bacille de la syphilis.

REBLAUB.

Ein Fall von hereditärer Hirn und Rückenmarkssyphilis (Un cas de syphilis héréditaire du cerveau et de la moelle), par SIEMERLING (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 15 *janvier* 1888).

Fille de 12 ans, née d'un père syphilitique; à l'âge de 4 ans, hémiplégie droite avec perte de la parole. En quelques semaines, amélioration de la parole, il ne reste plus qu'un peu de paralysie de la jambe et du bras. Deux ans plus tard diminution de la vision, titubation pendant la marche; atrophie du nerf optique bilatérale. A l'âge de 11 ans, vertiges, vomissements, attaques épileptiformes; en octobre 1886, diminution de l'ouïe; en janvier 1887, complète cécité; nystagmus continuel; conservation des phénomènes rotuliens; pas de troubles mentaux bien caractérisés. A l'autopsie : hydrocéphalie, néoplasme étendu en nappe dans la région de la tête présentant des nodules assez marqués au voisinage de la protubérance et du cervelet. A la région médullaire, augmentation d'épaisseur de la pie-mère dans toute son étendue. Le microscope montre qu'il s'agit là d'un tissu de granulation de nature syphilitique; lésions syphilitiques caractéristiques des vaisseaux du cerveau et de la moelle. La substance blanche de la moelle est envahie de la périphérie vers les parties profondes, la substance grise à peu près intacte.

PIERRE MARIE.

I. — Praeparate on zwei Fällen von syphilitischer Erkrankung des Rückenmarks, par JERGENS.

II. — Discussion de la Société de médecine interne sur les affections syphilitiques de la moelle épinière (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 451, 28 *mai* 1888, *et n°* 24, *p.* 493, 11 *juin* 1888).

I. — 1er *cas*. Fait extrêmement rare de syphilis purement spinale, sans lésions du cerveau.

Le point de départ de la maladie se trouve à la face interne de la dure-mère spinale, à la partie supérieure de la région cervicale de la moelle; de là les lésions se sont étendues à la fois en haut et en bas. Ce qui rend le cas particulièrement intéressant, c'est la destruction du troisième corps vertébral. En faisant un mouvement, la malade se fractura spontanément cette vertèbre et ressentit une vive douleur au niveau du cou. Elle tomba et ne s'est pas rétablie. La fracture produisit une contusion de la moelle qui entraîna la mort. Le rein présentait une petite cicatrice suspecte et le foie renfermait des gommes dont le volume variait entre celui d'un pois et celui d'une cerise. La lésion vertébrale était une carie sèche.

Leyden, qui a eu cette malade dans son service, ajoute les renseignements suivants : C'était une femme de 30 ans qui, au milieu d'une grossesse, fut brusquement prise de paraplégie et de paralysie des sphincters avec perte de la motilité et de la sensibilité. Les membres supérieurs n'étaient pas paralysés mais, ultérieurement, ils devinrent le siège de douleurs. Une certaine raideur du cou et la sensibilité, tant dans les mouvements qu'à la pression, firent admettre une affection de la moelle au niveau de la 3e vertèbre cervicale qui, quoique non déplacée, paraissait malade. L'excitabilité réflexe était entièrement disparue; la paraplégie était complètement flasque. Au point de vue clinique, rien n'indiquait la nature syphilitique des lésions. Mort 4 semaines après l'entrée. A l'autopsie, les lésions inflammatoires de la moelle cervicale étaient peu marquées relativement.

2e *cas*. Pachyméningite cervicale syphilitique. A la face interne de la dure-mère ainsi qu'à la face externe de l'arachnoïde, se voient des nodosités gommeuses miliaires. L'arachnitis gommeuse a partiellement envahi la moelle. Les corps vertébraux sont sains.

II. — *Leyden* énumère les manifestations de la syphilis intéressant la moelle et ses enveloppes.

Il y a d'abord des affections des vertèbres dont la malade ci-dessus est le premier exemple qu'il en ait vu. Puis viennent les affections des méninges, consistant soit en gommes, soit en épaississements tendineux. Cette méningite est d'un diagnostic difficile en clinique.

Quant aux affections syphilitiques de la moelle elle-même, Leyden estime qu'on ne saurait y faire entrer la dégénération grise des cordons postérieurs, mais bien la paralysie spinale spasmodique.

Dans sa forme la plus fréquente, la paralysie spinale syphilitique se traduit par de la faiblesse des membres inférieurs avec phénomènes spasmodiques correspondant à une lésion circonscrite de la moelle. Mais il n'y a rien là qui permette sûrement le diagnostic de syphilis, car les mêmes symptômes s'observent dans toute autre forme de myélite circonscrite. La nature syphilitique de l'affection ne peut être inférée que des anamnestiques, des signes spécifiques concomitants et des résultats de la cure anti-syphilitique.

Enfin, il y a la névrite syphilitique.

Oppenheim, dans les cas qu'il a observés, a eu affaire à une arachnitis gommeuse diffuse, émettant des prolongements en forme de cônes au sein de la moelle. Habituellement, les phénomènes de syphilis médullaire sont masqués par ceux de la syphilis cérébrale coexistante. Maints auteurs ont rapporté à la syphilis une forme de myélite subaiguë qui apparaît au début de la période secondaire et a une évolution rapide et le plus souvent mortelle ; mais à l'autopsie on ne trouve rien de caractéristique.

Récemment, à la clinique de Erb, on a vu une affection gommeuse des vertèbres, donnant lieu à des symptômes assez caractéristiques.

Jastrowitz a vu 3 cas de syphilis médullaire. Dans le premier, il s'agissait de gommes disséminées de la dure-mère, de la pie-mère et de quelques portions périphériques de la moelle. Dans le second, les lésions étaient universelles ; il y avait des exostoses crâniennes, des foyers de ramollissement cérébral et une affection des cordons postérieurs. Enfin, le 3e concernait une dame atteinte de paraplégie due à une myélite transversale, avec ramollissement étendu.

Bernhardt pense qu'il faut aussi ranger dans la syphilis médullaire, certains cas de paralysie spinale ascendante aiguë, guéris par le traitement spécifique. J. B.

Syphilis gommeuse de la peau et des os chez un père et ses deux enfants, par RICHTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 27, *p*. 554, 2 *juillet* 1888).

Le père, âgé de 43 ans, offre comme manifestations syphilitiques un épaississement diffus et bossué du tibia droit; des cicatrices sur le tronc et les épaules, des douleurs ostéocopes et de la sensibilité douloureuse à la pression au niveau des points d'émergence des branches du trijumeau. L'époque exacte de son infection ne peut être fixée, mais elle remonte certainement aux premières années de son mariage. En effet, il a eu un premier enfant bien portant suivi d'un avortement avec fœtus putréfié, et d'un troisième

enfant mort rapidement; les deux enfants suivants sont les malades ci-dessous; enfin, cet homme a eu postérieurement un enfant qui serait bien portant.

Sa fille, âgée de 12 ans, a depuis 1 an une gomme ulcérée typique et très vaste de la peau du siège, et depuis 5 semaines une ulcération perforante de la cloison cartilagineuse et d'une partie de la cloison osseuse du nez.

Le garçon, âgé de 14 ans, présente depuis 2 ans avec des douleurs nocturnes térébrantes, un gonflement symétrique, fusiforme de la moitié supérieure des tibias.

Richter pense qu'il s'agit là de deux cas de syphilis héréditaire tardive.

J. B.

Ein Fall von Lues congenita (Un cas de syphilis congénitale), par RONA (*Pester med. chir. Presse*, 25 *mars* 1888).

Enfant de deux mois qui, outre de nombreux symptômes vulgaires de syphilis héréditaire, présente une pseudo-paralysie des deux membres supérieurs et du membre inférieur droit ainsi que des périostites des petits os longs, fait que l'on observe rarement. Cinq frictions suffisent pour faire disparaître tous ces accidents. REBLAUB.

Des syphiloïdes post-érosives, par JACQUET (*Thèse de Paris*, 1888).

Les vésicules de l'érythème infantile simple peuvent être suivies de petites érosions à la région fessière et sur les cuisses. Ces lésions, récemment étudiées par Jacquet et par Sevestre, peuvent se terminer par cicatrisation simple. Mais, dans un certain nombre de cas, elles donnent naissance par bourgeonnement à des pseudo-papules lenticulaires, lisses ou à bords surélevés, à centre déprimé et suintant, simulant les syphilides papuleuses; le terme de syphiloïdes post-érosives rappelle à la fois leur aspect et leur origine. Les soins de propreté suffisent pour les guérir. F. BALZER.

Syphilis et eczéma séborrhéique, par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. VII*, *n°* 21, 1888).

L'auteur considère toute une série de syphilides comme des produits mixtes de la syphilis et de l'eczéma séborrhéique. Le catarrhe séborrhéique, sous toutes ses formes, constitue un terrain favorable au développement des néoplasies secondaires et concourt à les produire.

Si l'on étudie à ce point de vue les différentes syphilides, on trouve tout d'abord que le développement d'une syphilide croûteuse sans ulcération concomitante est caractéristique d'une origine séborrhéique; les croûtes sont en effet constituées en pareil cas par des cellules épidermiques qu'agglomère de la graisse desséchée. Cette syphilide occupe constamment les lieux d'élection de l'eczéma séborrhéique surtout le cuir chevelu et le visage. C'est elle qui le plus souvent, si ce n'est toujours, forme la *corona Veneris;* l'épaisseur, le peu de consistance, la couleur jaune brun de ses croûtes, qui s'enlèvent facilement, et le ton jaunâtre des parties qui l'entourent trahissent son origine. Les syphilides des sillons nasolabiaux portent tout particulièrement l'empreinte séborrhéique. Les papules s'y distribuent exactement dans la région où s'accumule normalement le sebum; elles correspondent aux grosses glandes sudoripares en-

flammées qui sécrètent cette substance; leur disposition est caractéristique.

Les syphilides croûteuses serpigineuses sont de même constamment d'origine mixte; ce qui détermine le mode de groupement des éléments éruptifs, c'est l'eczéma séborrhéique préexistant. La forme grave du soi-disant psoriasis syphilitique qui se développe dans la paume de la main est de même nature; elle s'étend excentriquement, s'accompagne souvent de pénibles sensations, donne lieu à la production de fissures douloureuses et nécessite un traitement local.

Parmi les syphilides non croûteuses, il en est plusieurs que l'on peut également considérer comme étant en relation avec l'eczéma séborrhéique. C'est ainsi que les sujets atteints de cette affection sont prédiposés à l'alopécie syphilitique qui s'accompagne d'une légère desquamation et de petites papules prurigineuses. De même à la face, la syphilide nummulaire se combine parfois avec une rosace séborrhéique et forme ainsi de grandes plaques d'un rouge sombre qu'entoure une zone squameuse.

L'eczéma séborrhéique suintant produit, quand il se combine avec la syphilis, les manifestations que l'on décrit depuis longtemps sous le nom de syphilides végétantes. Il en est ainsi de celles qui se produisent dans les régions humides et au cuir chevelu.

Il n'a été question jusqu'ici que des syphilides secondaires. L'auteur considère comme très vraisemblable que les syphilides gommeuses de la période tertiaire peuvent également se développer sur un terrain séborrhéique qui leur donne des caractères particuliers. Il en est ainsi particulièrement des syphilides tuberculeuses serpigineuses, ulcérées ou non, de la face, du cuir chevelu, de la nuque, de la poitrine et des aisselles. Unna pense qu'ici encore la disposition serpigineuse est liée à l'eczéma séborrhéique.

D'une manière générale, ou peut présumer que le processus séborrhéique entre en jeu avec le processus syphilitique :

1° Quand les efflorescences sont de dimensions très variables, à contours petits et confluentes;

2° Quand les papules présentent, au lieu du ton spécial à la syphilis, une couleur rouge jaunâtre;

3° Quand les papules ne sont pas lisses, mais recouvertes de squames épaisses et de croûtes graisseuses;

4° Quand les papules sont disposées en cercles et en anneaux à progression serpigineuse;

5° Quand on voit autour des papules et surtout au centre des cercles qu'elles circonscrivent la coloration jaune de la séborrhée;

6° Quand l'éruption s'accompagne de manifestations eczémateuses telles que l'humidité, la chaleur, la sensation de tension;

7° Quand elle détermine du prurit;

8° Quand elle siège au front sur la limite du cuir chevelu, dans le sillon naso-labial, au sternum, entre les épaules et dans la région sacrée;

9° Quand elle occupe principalement ou exclusivement le cuir chevelu, l'aisselle, les parties génitales et l'anus;

10° Quand l'exanthème oppose une résistance anormale au traitement

général, et au contraire s'améliore ou guérit rapidement sous l'influence du traitement antiséborrhéique.

Le traitement antiséborrhéique peut abréger beaucoup la durée de ces syphilides. H. HALLOPEAU.

Syphilis et érythèmes non spécifiques, par TESTU (*Thèse de Lille*, 1888).

Les érythèmes ne sont pas rares chez les syphilitiques et l'auteur en rapporte un certain nombre d'observations intéressantes recueillies dans le service de Leloir. Sans influence sur la syphilis, ces érythèmes ne présentent pas de gravité spéciale. Divers types peuvent être observés, érythème papuleux, noueux, polymorphe, ortié, nodosités éphémères. L'érythème polymorphe est important à reconnaître, car l'iodure de potassium donné aux syphilitiques ne fait que l'activer. L'auteur admet, avec Mauriac et Leloir, l'existence d'érythèmes noueux syphilitiques, justiciables de l'iodure de potassium. De même, certaines nodosités pseudo-rhumatismales éphémères disparaissent plus rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium. F. BALZER.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann et Maximilien ZEISSL, traduit par RAUGÉ (*Paris*, 1888).

L'excellente traduction de Raugé a été faite sur la seconde édition du livre d'Hermann Zeissl, complétée par Maximilien Zeissl. Sans méconnaître complètement la découverte de Bassereau qui, le premier, affirma la doctrine du dualisme des chancres, Zeissl rappelle que son père a contribué à établir cette doctrine avec Baerengsprung. Il décrit trois maladies vénériennes, la blennorragie, le chancre simple et la syphilis. Pour la blennorragie, il ne croit pas que le gonococcus de Neisser explique tous les faits ; il admet aussi un catarrhe inflammatoire simple résultant de causes irritantes variées. Quant au virus du chancre simple, l'auteur ne croit pas que nous possédions encore de données sérieuses sur sa nature : Nous constatons, dit-il, qu'une infime quantité du liquide sécrété par l'ulcère détermine sur la peau ou sur les muqueuses une ulcération qui revêt très rapidement les caractères de l'ulcération primitive et nous en concluons que le liquide en question possède une puissance contagieuse. Zeissl est disposé à admettre l'existence du bacille de la syphilis décrit par Lustgarten et par d'autres auteurs ; mais, comme on n'a pu réussir jusqu'ici à obtenir des cultures pures de ces bacilles, leur spécificité reste encore à l'état d'hypothèse. La description des divers accidents de la syphilis est traitée avec détails et avec une grande clarté. Mais Zeissl ne recommande pas le traitement mercuriel dès le diagnostic du chancre. Il se borne à un traitement local, quelquefois seulement à la médication iodée, même quand il y a des éruptions et des plaques muqueuses. Il ne commence le traitement mercuriel que lorsque les éruptions ne disparaissent pas par un traitement tonique ou par la médication iodée. En revanche, l'auteur est partisan des traitements longtemps prolongés, même en l'absence de manifestations. Il a une grande confiance dans la décoction de Zittmann. Parmi les préparations iodées, il recommande l'iodure de fer à doses élevées, jusqu'à $2^{gr},50$ par jour, l'iodoforme, l'iodure de lithium qu'il a donné en injec-

tions sous-cutanées. Il donne la préférence aux injections de sublimé sur les injections de composés mercuriels insolubles. Raugé a ajouté à la traduction de cet ouvrage un bon nombre de notes intéressantes qui le complètent sur beaucoup de points importants. F. BALZER.

Preventive treatment in primary syphilis, par BRONSON (*N. York med. journ.*, *p.* 309, 24 *mars* 1888).

L'auteur se préoccupe d'agir aussi rapidement que possible sur le territoire infecté, sans avoir recours à l'excision du chancre. Il pratique des injections hypodermiques mercuriques autour du chancre, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, dans les masses ganglionnaires. Quand le chancre occupe les organes génitaux, il les fait au périnée, à la face interne et supérieure des cuisses, à l'abdomen, aux aines. Il conseille les injections de sublimé à faible dose, mais répétées et multipliées.

Si l'on craint une irritation trop vive des tissus, on peut employer les savons mercuriels. L. GALLIARD.

Die Einwirkung des regulinischen Quecksilbers auf thierische Gewebe (De l'action du mercure métallique sur les tissus), par von DÜRING (*Monatsh. f. prakt Dermatol.*, *novembre* 1888).

L'auteur a pratiqué, chez sept malades atteints de syphilis à la période secondaire, des injections de mercure métallique. Chez tous il a constaté une influence évidente du médicament sur les manifestations spécifiques ainsi que la présence, pendant longtemps du médicament dans l'urine. Il est survenu plusieurs fois de la stomatite et d'autres phénomènes d'hydrargyrisme ; si bien que von During est arrivé à conclure : le mercure métallique ne convient pas au traitement hypodermique de la syphilis, car, à petite dose, son action est trop lente ; à fortes doses elle est trop durable et va en s'accentuant.

Dans un cas, la stomatite a été assez intense pour que l'auteur ait été amené à pratiquer l'extirpation du foyer où s'était accumulé le métal injecté ; le succès a répondu à son attente ; les accidents de mercurialisme se sont dissipés dans la quinzaine consécutive à l'opération.

Dans un autre cas où ce foyer d'injection constituait une véritable tumeur, l'extirpation en a été également pratiquée. Son examen microscopique montre que l'épiderme est considérablement épaissi à son niveau ; dans le tissu cellulaire sous-cutané, on voit une masse de jeune tissu conjonctif, et particulièrement des cellules fusiformes entre lesquelles se trouvent de nombreuses cellules rondes ; les muscles ont subi la métamorphose régressive. De petites cellules agglomérées se trouvent surtout au voisinage des globules de mercure contenus dans les voies lymphatiques, des vaisseaux de nouvelle formation se voient sur les limites de la tumeur ; des fistules sont produites par l'ouverture d'espaces lymphatiques contenant du mercure. Les caractères de cette tumeur sont ceux d'un fibro-sarcome mou ; il n'y a jamais eu de suppuration.

Ce fait, rapproché de l'absence d'exsudat et de cicatrices, conduit von Düring à se demander s'il ne s'agirait pas d'une tumeur plutôt que d'une néoplasie inflammatoire. H. HALLOPEAU.

Remarques sur le traitement général de la syphilis par le mercure pendant la période du chancre, par J. DYMNICKI (*Gazeta Lekarska*, *n°* 4, 1888).

Contrairement aux auteurs qui pensent que le traitement mercuriel, appliqué pendant la période du chancre, n'a pas la moindre influence pour retarder le développement des accidents secondaires, Dymnicki soutient que cette influence est manifeste et s'appuie sur une pratique très active de 30 ans. Sur 202 malades atteints de chancres syphilitiques manifestes et qu'il a traités par les frictions, 105 restèrent indemnes d'accidents généraux et cela pendant une période d'observation qui a varié de 3 à 20 ans. Ce résultat ne saurait être obtenu qu'à la condition de continuer les frictions aussi longtemps qu'il existe le moindre vestige d'induration. A ce point de vue, les frictions bien faites lui paraissent supérieures à toute autre méthode de traitement. L'auteur proteste contre cette opinion, que le mercure, administré pendant la période de l'accinent primitif, imprime à la maladie une allure plus grave ou une durée plus longue. Sur les 98 malades traités qui ont eu des accidents généraux, 19 seulement ont présenté ultérieurement des accidents sérieux.

REBLAUB.

Das Ulcus molle (Du chancre mou), par FRIEDHEIM (*Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg*, *XXI*, *n°* 4).

Étude historique intéressante de l'étiologie du chancre mou. L'auteur appartient à cette classe des dualistes allemands qui croient à la spécificité du chancre mou et pensent que, par ses caractères physiques, sa configuration spéciale, cette variété d'ulcération diffère sensiblement de celles que produit fréquemment, sur les parties génitales, l'inoculation du pus vulgaire. Il admet que le chancre mou puisse être influencé par cette dernière. Dans le cours du travail, on trouve une observation intéressante de syphilis vaccinale. REBLAUB.

Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorragie, par HAYEM et PARMENTIER (*Revue de médecine*, *p.* 433, *juin* 1888).

Ce mémoire est basé sur deux observations personnelles, dans lesquelles il est dit qu'au cours de la blennorragie on vit se développer chez deux malades des douleurs en ceinture, douleurs dans les membres inférieurs, exagération de la sensibilité cutanée, exagération notable des réflexes patellaires et de la trépidation épileptoïde, pas de troubles des sphincters, diminution de la force musculaire, amaigrissement des masses musculaires des membres inférieurs, etc. Chez l'un des malades il y eut des alternatives de mieux et de pis coïncidant avec des diminutions ou des recrudescences de l'écoulement urétral. Chez le même il y eut coexistence de rhumatisme blennorragique. Tous les deux finirent par guérir. Hayem et Parmentier rapportent en outre des observations de Peter, Tixier, Stanley et Everard Home. Ils n'hésitent pas à faire de ces accidents des manifestations méningo-médullaires de la blennorragie, celle-ci étant envisagée comme maladie infectieuse.

C. GIRAUDEAU.

Notes pour servir à l'étude de la blennorragie chez la femme, par HORAND (*Lyon méd.*, 21 *octobre* 1888).

Le diagnostic de la nature d'un écoulement, la détermination du siège réel d'une blennorragie ne peuvent être rendus certains que par l'examen bactériologique.

Sur 940 femmes examinées, Horand a trouvé 146 fois la folliculite et 288 fois un écoulement urétral. Sur ces 146 cas de folliculite, 2 fois seulement on put constater la présence de gonococcus ; encore ces malades avaient-elles une urétrite. La folliculite, tout en étant fréquente, n'a donc rien de contagieux.

Sur les 288 cas d'urétrite, le gonococcus existait 164 fois; dans les autres cas, il s'agissait d'urétrite simple. La blennorragie peut persister longtemps chez la femme, et cela sans gagner d'autres régions. La vulvite, assez fréquente chez l'enfant, est rare chez la femme. Chez 85 petites filles examinées, la vulvite n'était blennorragique que 8 fois. La vaginite est bien plus fréquente ; chez ces 85 enfants, on trouvait 68 cas de vaginite, 38 fois de nature blennorragique.

Chez 483 femmes, Horand a trouvé 259 fois une vaginite ; 20 fois seulement le pus contenait des gonococci.

Comme explication de contagions en dehors de tout écoulement, Horand pense que le gonococcus peut séjourner à l'état latent dans le vagin. Il ne l'a pas rencontré dans le sang des règles, non plus que dans les lochies de femmes enceintes, à moins de vaginite blennorragique avant l'accouchement. La blennorragie utérine est rare : 40 cas d'écoulement sur 483 cas, 6 fois seulement des gonococci.

L'inflammation de la glande de Bartholin existait 38 fois sur 483 femmes, 15 fois de nature blennorragique; 13 fois seulement (même statistique) il y avait de l'écoulement anal.

Horand n'a pas observé de cas de blennorragie auriculaire, nasale ou buccale.

Au point de vue du siège de la blennorragie, on trouve, chez ces 483 femmes : l'urètre, 140 fois; le vagin, 20; la glande de Bartholin, 15; l'utérus, 6; l'anus, 4.

Le nitrate d'argent est, pour Horand, le meilleur agent destructeur des gonocoques.

Dans la discussion sur ce travail, Jullien estime la blennorragie utérine beaucoup plus fréquente et la propagation du processus blennorragique doit être considérée comme l'origine d'inflammations pelviennes insidieuses. Jullien a constaté la présence du gonococcus dans le sang.

Vinay insiste sur les manifestations de la blennorragie chez la femme enceinte, notamment le rhumatisme, et donne la formule d'un colorant parfait pour la recherche du gonococcus, la saponine en solution au 1/300e. A. C.

Sur la blennorragie de la femme, par ERAUD (*Lyon méd.*, *p.* 454, 25 *novembre* 1888).

Pour Eraud l'urètre est le véritable siège de la blennorragie ; la vaginite blennorragique n'existe pas ou est exceptionnelle; il ne l'a rencontrée que 3 fois sur 200 cas (examen négatif des sécrétions).

Eraud note l'absence à peu près complète de la cystite et de l'albuminurie. Il distingue trois variétés de métrite gonococcienne : hyperémique, ulcéreuse et hypertrophique. Il a essayé, dans ces cas, le raclage utérin, avec bénéfice pour l'utérus, mais sans modification pour l'état de l'urètre. A. C.

Ueber Mischinfection bei Gonorrhoë (Des infections secondaires dans la blennorragie) par GERHEIM (*Verhandlungen der physik medicin. Gesellschaft zu Würzburg, XXI*).

Les recherches de Bumm ont montré que la blennorragie n'est qu'une affection purement locale, ne se développant que sur l'épithélium cylindrique. D'après cela, l'auteur conclut *à priori* que, toutes les fois que le processus pathologique s'étend en profondeur, cette extension est le fait d'autres microbes, auxquels le gonocoque a, pour ainsi dire, ouvert la porte. C'est à ce point de vue qu'il se place pour expliquer toutes les complications de la blennorragie : rhumatisme, endocardite, paramétrite, périmétrite et bartholinite. Toutes ces complications, il ne les considère pas comme spécifiques. Dans deux cas de bartholinite suppurée, il a trouvé de nombreux staphylocoques, mais pas de gonocoques. Voici ses conclusions :

1° La blennorragie est une affection purement locale qui ne peut se développer que sur des épithéliums cylindriques ;

2° Tous les processus inflammatoires qui sont rattachés à la blennorragie et qui portent sur des tissus autres que ceux revêtus d'épithélium cylindrique, sont le fait d'une infection secondaire. REBLAUB.

Studier over den gonorroiske Rheumatisme (Études sur le rhumatisme blennorragique), par BORNEMANN (*Thèse de Copenhague*, 1887).

Cette thèse s'appuie sur 271 observations recueillies à l'hôpital communal de Copenhague. Sur ces 271 malades, 51 avaient eu plusieurs récidives ; au point de vue du sexe, ils se répartissent en 229 hommes et 42 femmes. La durée de la maladie était en moyenne de 68 jours. Dans 106 cas, la guérison était complète et les fonctions de l'articulation rétablies dans leur intégrité ; dans les autres, ankylose complète ou mouvements limités. Dans trois cas l'examen bactériologique du contenu purulent a été fait et est resté négatif au point de vue de la présence de gonocoques. Aussi l'auteur pense-t-il que l'affection n'est pas produite par le gonocoque mais par les agents habituels de la suppuration qui ont pénétré dans l'organisme par une voie que leur a ouverte le gonocoque. Le traitement habituel a été suivi ; dans 44 cas seulement, intervention opératoire. REBLAUB.

Nogle Tifalde af gonorrhoisk Rheumatisme behondled med Antipyrin (Rhumatisme blenorragique traité par l'antipyrine), par ULRICH (*Hospital-Tidende*, 33, *p.* 772-782, 1887).

Ulrich rapporte 15 observations de rhumatisme blennorragique traité par l'antipyrine. Dans tous ces cas, l'antipyrine a eu une action analgésique constante et durable, particulièrement dans les cas récents. Le médicament était administré à deux doses, à une heure d'intervalle, de

0gr,75 à 1 gramme chacune, de préférence dans la soirée. Jamais le moindre accident : ni éruption, ni phénomènes de collapsus.

REBLAUB.

Studi nella balano-postite ricorrente con un contributo alla flora dermatologica (Etudes sur la balano-posthite récidivante avec contribution à la flore dermatologique), par TOMMASOLI (*Giorn. ital. per le mal. vener. e della pelle, fasc.* 11, 1888).

Tommasoli signale d'abord les balano-posthites blennorragique et diabétique, puis une balano-posthite causée par l'accumulation du smegma, par une séborrhée huileuse résultant de l'irritation glandulaire. Presque insignifiante à son début, cette forme s'aggrave si on la néglige, mais n'atteint jamais l'intensité qu'on observe dans les autres variétés. Cette bénignité, ainsi que la faculté des récidives, la coïncidence fréquente avec l'herpès, la localisation dans le sillon préputial, caractérisent cette balano-posthite que l'on traite ordinairement par les soins de propreté, l'emploi de divers topiques antiseptiques, résorcine, oxyde de zinc, iodoforme, vaseline phéniquée, solution de sublimé, etc....

Dans les produits accumulés à la surface des petites érosions, l'auteur a trouvé cinq variétés de bacilles de diverses grandeurs. Il a réussi à isoler les staphylococcus pyogenes aureus, albus et citreus, trois variétés de streptocoques et diverses formes de microcoques et de bacilles. Il se borne à constater les faits, sans vouloir faire prématurément des tentatives d'interprétation et de conclusion. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Traité clinique des maladies mentales, par SCHÜLE, traduit par DAGONET et DUHAMEL (*Paris*, 1888).

La traduction du livre de Schüle permet aux aliénistes français de se rendre un compte exact de la façon dont la majorité des Allemands comprennent aujourd'hui la psychiatrie. Sa classification est particulièrement intéressante, car elle se rapproche de celle de Krafft-Ebing, ainsi que de celle des médecins italiens et surtout de Morselli. Schüle distingue deux grandes classes de psychoses : celles qui se produisent chez des individus dont les organes centraux ont atteint la plénitude de leur développement physique et psychique, et celles qui se manifestent chez des individus dont les organes centraux présentent des lacunes matérielles et psychiques, et constituent par suite un mauvais terrain. Dans le premier cas, c'est-à-dire chez l'individu à développement organo-psychique complet, il y aurait lieu de distinguer : 1° les psychoses du cerveau valide : ce sont la manie et la mélancolie ; 2° les psychoses du cerveau invalide : ce sont les manies graves, le délire systématisé aigu, chronique et avec stupeur ; la démence primitive aiguë, avec son

annexe, la stupeur hallucinatoire ; les folies hystérique, épileptique et hypocondriaque, avec l'appendice comprenant les psychoses périodiques, circulaires et alternantes, ainsi que les troubles psychiques consécutifs à des maladies somatiques non cérébrales et à des intoxications; 3° les états pernicieux d'épuisement cérébral, comprenant l'épuisement cérébral aigu ou délire aigu, et l'épuisement cérébral chronique ou paralysie générale classique ; 4° les cérébropathies psychiques, ou psychoses résultant de maladies organiques du cerveau, subaiguës et chroniques : ce sont les paralysies générales modifiées. — La seconde classe de psychoses, c'est-à-dire celles qui se manifestent chez l'individu à développement organo-psychique défectueux, comprend la névrose héréditaire, la folie héréditaire simple, telle que la folie par obsession et le délire systématisé des processifs ; le délire systématisé originel, la folie héréditaire des dégénérés ou moral insanity, enfin l'idiotie.

Cette classification seule peut donner une idée de la façon théorique et clinique dont l'auteur comprend les maladies mentales. Plusieurs chapitres, tels que ceux qui concernent la paranoia, la catatonie, la folie processive, etc., forment autant de groupes morbides qui n'ont pas d'analogue dans la presse médicale française. DESCOURTIS.

Ueber die Windungen des menschlichen Gehirns (Sur les circonvolutions du cerveau humain), par A. RICHTER (*Archiv f. path. Anatomie u. Physiol., Band CXIII, Heft* 1).

Richter a examiné à ce point de vue, 300 encéphales provenant de sources multiples (individus *normaux*, *idiots*, *criminels*, etc.). Certains savants ont voulu voir dans la présence de quatre circonvolutions frontales le signe d'un cerveau de criminel; l'auteur montre par la statistique que le lobe frontal peut offrir le type de quatre circonvolutions frontales aussi bien chez l'homme ordinaire que chez les criminels. Le fait concorde avec un grand développement en largeur de l'os frontal. Les anomalies du sillon de Rolando ne sont pas moins rares : ce sillon est souvent interrompu et comblé par des plis de passage et il se dirige en avant dans d'autres cas. Comme on l'avait signalé déjà, il a vu le sillon de Rolando se dédoubler et chaque hémisphère présenter trois circonvolutions centrales. Le sillon inter-pariétal n'est pas moins sujet à varier dans son parcours. A l'état habituel, ce sillon est interrompu et comblé par deux plis de passage. Souvent le sillon perpendiculaire externe se relie à la scissure inter-pariétale. Les variations ne sont pas moins grandes, quand on considère les relations de la scissure horizontale avec les sillons voisins. Faut-il attacher à cette disposition variable et à ces anastomoses des diverses scissures, une grande importance ? L'auteur pense que non. Les sillons secondaires apparaissent vers la fin du cinquième mois de la vie fœtale, selon un type bien défini, sur le cerveau lisse jusqu'alors. Que ce dernier subisse dans le développement un trouble dont la cause siège dans l'encéphale lui-même ou dans le crâne et cela avant l'établissement des sillons secondaires, on voit survenir un changement de forme du cerveau, le type des circonvolutions se modifier et des plis de passage changer l'arrangement réciproque des circonvolutions. Comme des lésions plus notables qui se pro-

duisant dans cette période primitive du développement sont irréparables, elles auront l'idiotie comme conséquence : c'est là la raison pour laquelle on trouve dans les cerveaux d'*idiots*, et de leurs proches parents, les *imbéciles*, le plus grand nombre de déviations du type ordinaire.

ED. RETTERER.

Darstellung und Beschreibung einer intrauterin enstandenen Narbe... (Description d'une cicatrice d'origine intra-utérine de l'hémisphère droit d'une femme frappée d'idiotie chronique), par J. JENSEN (*Archiv für Psychiatrie, XIX, H.* 1, *p.* 269).

Jensen a fait l'autopsie d'une femme morte à l'âge de 20, ans; idiote de naissance, ayant eu, à certaines époques, des attaques d'épilepsie et des accès de surexcitation, et qui présentait un arrêt de développement de la main et du pied gauche, avec contracture et paralysie de ces segments de membres. La mort a été causée par la phtisie pulmonaire. Voici les faits les plus intéressants révélés par l'autopsie :

Poids du cerveau, 975 grammes; de l'hémisphère gauche 490; de l'hémisphère droit, 335. A la partie moyenne de la circonvolution centrale antérieure et à la partie latérale de la circonvolution centrale postérieure, il y avait une lacune qui se poursuivait le long de la branche postérieure de la scissure de Sylvius jusque dans le tiers postérieur du lobe frontal. Le *septum* présentait un développement rudimentaire. La plupart des sillons de la partie médiane de l'hémisphère droit débouchaient dans la perte de substance susdite. Il y avait de plus, à droite, une hydrocéphalie très prononcée.

E. RICKLIN.

Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes (Contribution à la morphologie et à la morphogénèse des pédoncules et de la protubérance), par G. JELGERSMA (*Centralblatt für Nervenheilkunde..., n*os 18, 19, 20, 1887).

L'auteur a fait un examen méthodique de 5 cerveaux d'idiots atteints d'atrophie cérébrale; dans deux cas il s'agissait d'une hémiatrophie pure; dans les trois autres cas les deux hémisphères présentaient des lésions. — Les dégénérations constatées dans les pédoncules, la protubérance, etc..., sont multiples et ne peuvent être reproduites ici. Jelgersma fait suivre ces recherches anatomiques de considérations générales sur les grandes lignes de la structure du cerveau. Dans cette étude il distingue particulièrement : 1° les conducteurs et les centres intellectuels; 2° les voies d'union entre l'intellectuorium et l'arc réflexe; 3° l'arc réflexe comme prolongement des centres médullaires avec les centres primaires où prennent naissance des nerfs (y compris les nerfs optiques et acoustiques).

PIERRE MARIE.

De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie, par PISON (*Thèse de Paris*, 1888).

Revenant aux idées de Lasègue, l'auteur conclut que l'asymétrie fronto-faciale se rencontre dans l'immense majorité des cas d'épilepsie dite essentielle; que l'asymétrie du front a peu d'importance, la plus importante étant celle des saillies malaires, puis la déviation du nez; que la vue et le toucher sont impuissants à préciser cette asymétrie et qu'il faut recourir à des instruments; que la consolidation vicieuse de la base du crâne ne saurait expliquer la production de l'épilepsie, qui se montre bien avant l'époque de consolidation définitive dans un assez

grand nombre des cas; que l'épilepsie n'est pas consécutive à l'asymétrie cranienne, mais lui est antérieure ou concomitante, et toutes deux paraissent relever d'une même cause : arrêt ou irrégularité dans le développement simultané du crâne et du cerveau. DESCOURTIS.

De l'état des forces chez les épileptiques, par Ch. FÉRÉ (*C. R. Soc. de Biologie*, 14 *janvier* 1888).

Pendant l'aura, il y a diminution de la force dynamométrique au moins d'un côté. Après l'attaque, il y a également affaiblissement au moins d'un côté. Chez quelques sujets, il reste des traces de cette diminution pendant toute la journée qui suit l'accès : mais, en général, les forces reviennent à leur état normal une demi-heure après l'accès. Les accès de nuit sont plus intenses et laissent un affaiblissement plus considérable. PAUL LOYE.

Contribution à l'état mental des héréditaires dégénérés, par Gilbert BALLET (*Archives de médecine, mars et avril* 1888).

Dans ce travail consacré à l'étude de quelques-uns des syndromes présentés par les aliénés héréditaires, l'auteur rapporte un bel exemple d'inversion du sens génital et une observation très intéressante d'onomatomanie.

Il signale ensuite les hallucinations qui n'ont pas encore été classées parmi les stigmates psychiques de la dégénérescence et que l'on peut observer chez quelques aliénés héréditaires dégénérés. Dans un cas qu'il a pu observer, ces hallucinations se montraient sous la forme d'hallucinations verbales auditives sans immixtion de délire et avec conscience parfaite de la nature hallucinatoire des sensations morbides.

RICHARDIÈRE.

La descendance des alcooliques, par COMBEMALE (*Thèse de Montpellier*, 1887).

Les conséquences de l'alcoolisme des parents sur leur descendance varient suivant que la procréation a eu lieu en état d'ivresse ou au cours de l'alcoolisme chronique.

L'alcoolisme maternel a des effets plus graves que celui du père.

Les désordres que produit l'alcoolisme chez les enfants consistent, non seulement en malformations multiples, mais surtout en un défaut général de résistance de la constitution.

Les troubles intellectuels sont chez eux, prédominants, depuis l'idiotie jusqu'à l'hystérie, et l'épilepsie, en passant par toutes les gammes du nervosisme. La plupart des fils d'alcooliques sont des névrosiques.

A. MOSSÉ.

Report on the inquiry, etc. (Rapport de la commission chargée de rechercher l'influence de l'alcoolisme sur les maladies), par Isambard OWEN (*Brit. med. j.*, *p.* 1309, *juin* 1888).

Voici le résumé de ce rapport, basé sur des statistiques très considérables.

L'alcoolisme est certainement une cause de brièveté de la vie; on

peut dire que passé 25 ans, les hommes sobres vivent en moyenne dix ans de plus que les intempérants.

L'alcoolisme joue incontestablement le rôle prépondérant dans la genèse de la cirrhose et de la goutte : en dehors de ces deux affections, il ne crée guère de lésions pathologiques, mais affaiblit la résistance de l'organisme contre les autres maladies.

L'alcool revendique un rôle important dans la pathogénie de la néphrite chronique ; il paraît sans influence sur le développement des tumeurs malignes.

Relativement à la tuberculose, l'alcool semble ralentir plutôt son action que la provoquer chez les individus jeunes : c'est l'inverse chez les vieillards.

Il n'y a aucune relation entre l'alcoolisme et l'apoplexie, non plus qu'avec la bronchite. Même remarque pour ce qui concerne la pneumonie et la fièvre typhoïde : l'alcoolisme est cependant une condition aggravante. H. R.

Sul peso dell' encephalo in rapporto con i caratteri craniometrici negli alienati, par MORSELLI (*Rivista sper. di fren., vol. XIII, fasc.* 4).

Les recherches personnelles de l'auteur et les renseignements puisés aux meilleures sources lui font admettre les propositions suivantes :

Dans l'interprétation du poids absolu et relatif du cerveau, aussi bien chez les individus sains d'esprit que chez les aliénés, il y a lieu de tenir compte de l'influence d'éléments multiples, tels que la proportion variable des annexes du cerveau, l'âge, la taille, le poids total du corps et la dernière maladie.

Le poids moyen des enveloppes et du liquide céphalo-rachidien est plus grand chez les aliénés que chez les individus sains d'esprit. — Ce même poids augmente en raison directe de l'âge, parce que le processus d'involution sénile détermine l'atrophie consécutive et la sclérose de la substance nerveuse.

Dans les formes de psychopathies chroniques, dans la paralysie générale progressive, dans la démence, la quantité des annexes du cerveau est plus grande que dans les formes aiguës des psychopathies, dans les psychonévroses et dans les psychoses dégénératives simples.

Le poids moyen de l'encéphale des aliénés est toujours inférieur à celui des individus sains d'esprit.

La folie s'accompagne relativement souvent d'un indice céphalique exagéré, comparativement au type cranien normal de la population voisine.

L'infériorité des paralytiques et des déments, en ce qui concerne le poids et le volume de l'encéphale, sans parler de certaines formes de psychopathies, dépend de la durée de la maladie et de la dénutrition lente qui accompagne toutes les affections chroniques. DESCOURTIS.

Un cas de vésanie combinée, par SÉGLAS (*Annales méd. psych., janvier* 1888).

Malade atteinte à la fois de délire des persécutions à marche chronique et d'accès intermittents de mélancolie anxieuse.

D'un côté, on voit les symptômes se rattachant au délire des persécutions : marche continue et progressive du délire ; systématisation progressive ;

délire partiel, convergent; troubles sensoriels divers ; hallucinations de l'ouïe prédominantes, marche progressive, dédoublement de la personnalité par écho ; réactions spéciales du persécuté : dissimulation, méfiance, fuite, idées de suicide, réclamations, menaces de vengeance ; sentiments affectifs pervertis ; sommeil irrégulier ; possibilité de travailler.

De l'autre côté, symptômes se rattachant à la mélancolie anxieuse : apparition rapide, survient par accès ; pas de systématisation ; délire généralisé, divergent ; troubles sensoriels ; hallucinations de la vue prédominantes ; leur apparition rapide ; idées de non-existence ; réactions du mélancolique : anxiété, terreur, résignation, idées et tentatives de suicide ; sentiments affectifs exagérés, disparition totale du sommeil ; impossibilité de travailler.

DESCOURTIS.

Ueber originære Verrucktheit (Sander) (Sur la folie originaire), par C. NEISSER (*Archiv für Psychiatrie, XIX, H.* 2, *p.* 491).

Sander a décrit sous le nom de « folie originaire » une forme spéciale de folie primitive à laquelle il a assigné les caractères suivants :

D'être préparée par une prédisposition héréditaire ; de se développer chez des sujets, de préférence des hommes, qui dans leur première jeunesse ont présenté des phénomènes en rapport avec un état de surexcitabilité du système nerveux ; d'éclater assez longtemps après l'âge de la puberté, vers la trentaine, sous les traits du délire des persécutions et du délire des grandeurs ; à ces deux ordres d'idées délirantes, s'associent des hallucinations du souvenir, qui portent notamment les malades à ne plus reconnaître leur père et mère pour tels, à s'attribuer une autre paternité.

En considération du premier caractère, de la prédisposition native, Sander avait qualifié cette forme de folie d'originaire. C. Neisser critique cette qualification (à laquelle Sander avait déjà renoncé), pour les raisons suivantes : Dans les observations qui ont servi de thème à la première description de Sander, les renseignements anamnestiques faisaient totalement défaut. D'autre part, la symptomatologie assignée par Sander à cette forme de folie s'est trouvé réalisée chez des sujets dont Neisser rapporte des observations et qui étaient indemnes de toute prédisposition héréditaire. De l'analyse de ces deux observations et d'une troisième où la prédisposition héréditaire se trouve signalée, l'auteur arrive à cette conclusion que, dans la forme de folie en question, les désordres psychiques consistent essentiellement dans des interversions et des fausses interprétations de souvenirs (*confabulatio* de Kahlbaum), qu'il y aurait lieu dès lors de la désigner sous le nom de *paranoia confabulans*).

E. RICKLIN.

The detection of concealed insanitis... (La découverte de la démence latente par le protoxyde d'azote et d'autres anesthésiques), par A. HAMILTON (*N.-York med. journ., p.* 87, 28 *janvier* 1888).

En étudiant les effets du protoxyde d'azote, l'auteur est arrivé à le considérer comme un agent psychopathique de grande valeur dans l'hystérie et certaines formes de démence. Voici deux cas où l'usage de cet anesthésique a éclairé le diagnostic :

1° Femme de 40 ans, migraineuse, nerveuse, souvent agitée, inquiète, commettant de petits actes bizarres, mais pas assez pour nécessiter la séques-

tration dans une maison d'aliénés. Elle se plaint de son mari et de son frère. Comme elle ne dort pas, l'auteur propose l'emploi du protoxyde d'azote ; après quelques inhalations, l'excitation commence ; elle crie, le voilà ! sang ! sang ! Sauvez-moi, ils veulent me tuer (le mari et le frère), etc. En se réveillant elle est parfaitement calme et raisonnable ; elle ne se souvient de rien.

L'auteur lui demande, pendant la veille, si elle n'a pas tenté de se suicider ; elle le nie, mais pendant le sommeil anesthésique elle répond, au contraire, qu'elle a voulu s'ouvrir un vaisseau et qu'elle a été effrayée par la vue du sang ; elle montre la cicatrice.

Au bout de quelques mois la démence s'affirme. La malade devient violente ; on est forcé de l'enfermer dans un asile.

2° Jeune fille irlandaise considérée comme *originale ;* elle a eu, dit-on, de la monomanie religieuse. Elle consulte l'auteur mais se tient sur ses gardes, et celui-ci est d'abord disposé à attribuer les désordres nerveux à l'hystérie. Il lui fait respirer du protoxyde d'azote. Aussitôt elle joint les mains, se met à pleurer, déclare qu'elle est damnée, qu'elle n'ose aller à l'église. La mélancolie religieuse est certaine. L. GALLIARD.

Traitement de la lypémanie anxieuse, par BELLE et LEMOINE (*Ann. méd. psych., p.* 215, *mars* 1888).

L'étude des symptômes et de la marche de la lypémanie anxieuse a conduit les deux auteurs à instituer le traitement suivant : 1° Séjour au lit, dans le décubitus dorsal complet, aussi prolongé que possible ; on lutte ainsi contre l'anémie cérébrale et on soustrait le malade aux influences extérieures qui donnent souvent matière à son délire ; — 2° chaque matin, à jeun et au réveil, un verre d'eau purgative d'Hunyadi-Janos ou de Birmenstorff par exemple ; la constipation cède toujours à cette médication ; — 3° teinture de noix vomique, à la dose de cinq gouttes par jour, divisée en deux potions, que le malade prend cinq minutes avant chacun des deux repas principaux ; 4° laudanum à doses progressives à partir de cinq gouttes, incorporé dans une potion qui est prise en deux fois, le matin et le soir, quelle que soit la quantité de laudanum qu'elle contienne ; 5° douches en jet brisé, très courtes, et seulement quand la santé physique est devenue excellente. DESCOURTIS.

Étude sémiologique du délire hypocondriaque, par E. MARS (*Thèse de Paris,* 1888).

Pour l'auteur, il existe un délire hypocondriaque symptomatique de la paralysie générale, de la maladie de Lasègue, des héréditaires dégénérés et de l'alcoolisme. Chacune des formes de ce délire a sa physionomie propre ; elle peut se mêler à la vésanie qui lui a donné naissance, mais elle n'est qu'un symptôme, un délire juxtaposé à côté du premier et ne constituant dans l'affection première qu'un épiphénomène. — A côté de ces délires symptomatiques, il existerait, contrairement à l'opinion de la plupart des aliénistes, un autre délire hypocondriaque, auquel Mars réserve le nom de nosomanie. Ce délire idiopathique formerait une entité pathologique distincte, aurait sa marche propre, indépendante de tout phénomène concomitant, et pourrait parfaitement guérir, s'il a été reconnu, et si le médecin a toute l'autorité nécessaire pour imposer son traitement. DESCOURTIS.

Folie du doute, par KOVALEWSKI (*Journal of mental sc., p.* 209, 1887, *et p.* 524, 1888).

Se basant sur des observations personnelles et sur des considérations théoriques, l'auteur cherche à prouver que la neurasthénie engendre différentes formes de névroses et de psychoses dégénératives. En effet, si, dans beaucoup de cas, la maladie reste limitée à la neurasthénie, il arrive parfois que la neurasthénie entre dans une phase plus avancée et se complique de désordres psychiques élémentaires. Alors ces désordres élémentaires se terminent de deux façons, tantôt par la guérison, tantôt par une transformation plus grave encore de la maladie, c'est-à-dire par des névroses et des psychoses systématisées.

Dans des cas exceptionnels, la neurasthénie peut donner naissance à la pathophobie, qui, en raison de craintes difficiles à contrôler, peut elle-même se transformer en folie du doute. Cette folie du doute apparaîtra soit sous sa forme franche, soit comme complication d'autres formes de psychoses dégénératives, avec illusions hypocondriaques, etc., etc.

DESCOURTIS.

Sur les trophonévroses aiguës des aliénés et spécialement sur les phlegmons diffus, par Kr. HELWEG (*Nord. med. Ark., t. II, f.* 1, 1888).

L'auteur a eu l'occasion de constater que le phlegmon diffus est plus fréquent dans les hôpitaux d'aliénés que dans les autres hôpitaux et il croit qu'il existe un rapport étiologique entre cette affection et l'altération du système nerveux central des aliénés. Chez les aliénés soignés à l'hôpital d'Aarhus (Jutland), la proportion des cas de phlegmon diffus a été de 2,4 0/0 pendant une moyenne de cinq années. Ce serait dans les cas d'aliénation les plus graves que ces phlegmons apparaîtraient, et ils se manifestent d'ordinaire sans causes extérieures. Dans cinq cas, Helweg a pu trouver à l'autopsie des foyers de myélite en rapport avec les parties atteintes de phlegmon diffus ; presque toujours ce sont les parties centrales de la moelle qui sont intéressées. C. GIRAUDEAU.

Des lésions de la moelle épinière observées chez les aliénés, par STEWART (*Thèse de Glasgow*), **traduit par A. FOVILLE** (*Ann. méd. psych., septembre* 1888).

Se basant sur vingt observations qu'il rapporte, l'auteur conclut que non seulement des modifications dans la texture des éléments essentiels des centres nerveux les plus élevés constituent un caractère constant de la folie, mais aussi que ces centres ne sont pas seuls atteints. Il est exceptionnel qu'un cas de folie ne soit caractérisé absolument que par des troubles intellectuels. Dans la majorité des cas de délire mental, on rencontre des troubles de la sensation, de la motilité des fonctions trophiques, en même temps que des symptômes attribuables au trouble des fonctions spinales. De sorte que, pour emprunter les paroles de Griesinger, les maladies du système nerveux forment un tout inséparable, dont les affections, dites mentales, ne constituent qu'une fraction restreinte. En effet, pour ne citer que deux des faits les plus saillants, la dégénérescence atrophique des cellules nerveuses de la moelle semble être un caractère constant de presque toutes, sinon de toutes les formes d'aliéna-

tion mentale qui ont eu une certaine durée. La dégénérescence systématique des colonnes blanches de la moelle est encore un caractère constant de la paralysie générale, et des altérations analogues semblent se produire fréquemment dans d'autres formes de folie. DESCOURTIS.

I. — Contribution à l'étude de la paralysie générale à début tardif, par MARTERET (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — Analogie des symptômes de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale, par BAILLARGER (*Ann. médico-psych., p.* 194. *mars* 1888).

III. — General paralysis in twins (Paralysie générale chez des jumeaux), par CLOUSTON et SAVAGE (*The journ. of mental sc., p.* 65, *avril* 1888).

IV. — Du mal perforant dans la paralysie générale, par MARANDON DE MONTYEL (*Encéphale, p.* 257, 1888).

V. — Di un nuovo criterio... (Nouveau moyen de diagnostic de la paralysie générale tiré de l'examen des urines), par MARRO (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino, janvier* 1888).

VI. — Trouble spécial de la sensibilité cutanée chez deux paralytiques générales, par RAMADIER (*Ann. médic-opsych., p.* 30 *juillet* 1888).

I. — La paralysie générale ordinaire, qui est liée étroitement à la période moyenne de la vie, peut apparaître chez le vieillard. Huit observations ont été citées par Marteret, et quatre lui sont personnelles. Elles s'appliquent à des malades âgés de 50 à 65 ans, et prouvent que la paralysie générale du vieillard est soumise aux mêmes causes que celle de l'adulte. Le seul point spécial de sa pathogénie consiste dans la préexistence constante d'une artérite ancienne des artères cérébrales, artérite qui paraît jouer le rôle de cause occasionnelle chez des sujets entachés d'hérédité congestive, mais qui, jusque-là, ont pu échapper à à la sclérose diffuse du cerveau.

Cette paralysie générale tardive reste pendant longtemps à l'état prodromique, caractérisée seulement par quelques troubles intellectuels, jusqu'au jour où survient la démence. Les troubles somatiques apparaissent tard, mais alors la marche de la maladie devient rapide.

II. — Selon Baillarger, les symptômes de la paralysie pellagreuse offrent avec ceux de la paralysie générale la plus grande analogie. Dans les deux maladies, en effet, la paralysie est générale, progressive et reste incomplète jnsqu'à la fin. En outre, on peut observer dans la folie pellagreuse, comme dans la folie paralytique, l'hésitation de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres précédant l'articulation de mots, et quelquefois l'inégalité des pupilles.

Quand on constate, comme dans les observations citées par l'auteur, des troubles de la parole dans la folie pellagreuse, c'est surtout, selon lui, par la nature du délire qu'on pourra la distinguer de la folie paralytique. On observe constamment dans la démence paralytique des aliénés un embarras de la parole nettement caractérisé; or, d'après les auteurs, cet embarras de la parole n'existe pas dans la démence paralytique pellagreuse : c'est donc ce symptôme qui devrait fournir le principal élément du diagnostic différentiel entre elle et la paralysie générale des aliénés.

III. — On a rapporté déjà des exemples de folie survenus chez des jumeaux. La paralysie générale, dans ces conditions, est infiniment plus rare.

Deux observations relatées, l'une par Clouston, l'autre par Savage, dans des asiles différents, prouvent que le fait est possible. Les deux individus qui en font l'objet appartenaient à une famille nombreuse bien portante et sans tare psychique. Ils étaient absolument différents l'un de l'autre, sous le rapport de la taille, des aptitudes physiques et des qualités intellectuelles. Cependant ils eurent tous deux une vie active jusqu'à 37 ans, furent pris à peu de distance des premiers symptômes de la paralysie générale, et moururent à trois mois d'intervalle après avoir parcouru les phases classiques de la maladie. DESCOURTIS.

IV. — Les observations citées par Marandon le portent à admettre que : 1° la paralysie générale progressive est une cause de mal perforant au même titre que les autres maladies du système nerveux ; 2° la rareté des observations publiées de mal perforant dans la paralysie générale tient peut-être à ce que cette complication doit être minutieusement recherchée pour être découverte, et à ce que l'attention n'a pas été suffisamment appelée sur elle ; 3° le mal perforant se rencontre de préférence chez les paralytiques généraux qui sont alcooliques, ou qui, sans l'être, ont fait quelques excès de boissons ; 4° le mal perforant, à en juger par les faits jusqu'à ce jour connus, favoriserait les rémissions chez les paralytiques généraux qui en sont atteints. DESCOURTIS.

V. — Dans les urines de 22 paralytiques généraux examinés indistinctement à ce point de vue, Marro a constamment trouvé des peptones. L'intensité de la peptonurie lui a paru proportionnée à l'acuité de la maladie et à la rapidité de son évolution. Il croit pouvoir en conclure que dans les cas de diagnostic douteux l'absence de peptone dans l'urine permettrait d'écarter l'hypothèse de paralysie générale. H. B.

VI. — Une femme atteinte de paralysie générale présente, outre les symptômes classiques, un singulier trouble de sensibilité cutanée. Elle se plaint que ses vêtements et tous les objets avec lesquels elle se trouve en contact sont mouillés. Le toucher proprement dit, la sensibilité à la chaleur, à la douleur et au chatouillement sont respectés. Les sens spéciaux sont indemnes, sauf l'odorat qui est aboli. — Evolution rapide de la paralysie générale, marasme, mort ; à l'autopsie lésions banales de cette maladie.

K..., 62 ans, entrée à l'asile en 1874, était alors atteinte de folie épileptique, avec périodes d'excitation coïncidant avec les accès, et idées de persécution. Ces divers symptômes se sont amendés et les attaques d'épilepsie ont même fini par disparaître. Tant qu'ont duré ces dernières attaques, K... a éprouvé la même sensation de mouillures provoquée par le contact de n'importe quel objet, excepté de la laine. Les autres sensibilités étaient intactes. DESCOURTIS

Statistiches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen (Contribution à l'étude statistique et clinique de la paralysie générale chez les femmes), par SIEMERLING (*Charité-Annalen*, *p.* 372, 1888).

D'après le nombre de malades reçus de 1880 à 1886 à la Charité, la proportion des femmes aux hommes atteints de paralysie générale est de 1 à 3,3. C'est de 36 à 40 ans que la prédisposition la plus grande se fait sentir. Les femmes mariées sont en proportion plus grande que les célibataires.

Les actes de la vie génitale de la femme (accouchement, menstruation, ménopause) paraissent sans influence. Le plus souvent, les misères de la lutte pour l'existence et le bien-être doivent être surtout accusées. La syphilis et l'hérédité viennent ensuite.

De même que Jung, Siemerling pense que des prodromes mélancoliques sont très fréquents chez la femme.

La maladie, dans son type général, ne diffère pas essentiellement de ce qu'on observe chez l'homme. Les états d'excitation sont moins fréquents, moins marqués, moins durables. Ce qui prédomine, c'est la démence apathique.

La moyenne de la durée de l'affection, d'après 101 cas terminés par la mort, serait de 1 an et 4 mois (de l'entrée des malades à la mort). Elle a été de 2 ans et demi, 5 dans 36 cas, dans lesquels on pouvait fixer le début. Ne sont pas compris dans ces chiffres 3 cas de tabes ayant abouti à la paralysie générale. A. MATHIEU.

De la paralysie générale d'origine traumatique, par BALL (*Encéphale*, *n°* 4, 1888).

Dans le premier cas, il s'agit d'un employé des postes qui subit un traumatisme cranien dans une rencontre de trains, et chez lequel la paralysie générale se développa ensuite, quoique ses antécédents héréditaires et personnels parussent irréprochables. Dans le second cas, la cause fut un coup de foudre. Enfin, la troisième observation concerne un homme vigoureux et bien portant qui est victime d'une lésion accidentelle du nerf cubital, à l'occasion d'une coupure de l'avant-bras gauche sur un carreau cassé. Il présente les troubles fonctionnels qui résultent habituellement des lésions de ce genre, puis une atrophie des muscles de la main innervés par le nerf cubital; puis, un peu plus tard, les muscles du bras s'atrophient, et enfin ceux de l'épaule. Bientôt l'on voit apparaître l'embarras de la parole, suivi bientôt des troubles psychologiques, puis de la contraction pupillaire; les membres inférieurs commencent à se prendre à leur tour, et la paralysie générale devient évidente. DESCOURTIS.

Ueber Characterveränderungen des Menschen in Folge von Laesionen des Stirnhirns (Sur les modifications du caractère qui surviennent chez l'homme à la suite d'une lésion du lobe frontal), par Leonore WELT (*D. Arch. f. klin. Med. Band XLII, p.* 339).

L'auteur a rassemblé un certain nombre de cas dans lesquels, à la suite d'une lésion du lobe frontal, il s'était montré une modification notable du caractère. Les uns devenaient agressifs, difficiles à vivre, très disposés à nuire aux autres personnes, à les blesser en paroles, etc.; d'autres au contraire, d'un caractère habituellement sombre, devenaient gais et pleins d'entrain.

Ces modifications du caractère paraissent se montrer lorsqu'il existe une lésion qui siège près de la ligne médiane, au niveau des circonvolutions orbitaires. Dans ces conditions, la première circonvolution frontale du côté droit serait surtout atteinte. Dans 8 cas, l'autopsie a été faite; le siège de la lésion était celui qui vient d'être indiqué. Les lésions de la convexité du lobe frontal ne paraissent pas avoir le même résultat.

En l'absence de semblables manifestations cliniques, on ne peut pas conclure toutefois à l'intégrité de la région indiquée. A. MATHIEU.

Ueber die Wirkung des Sulfonals bei Geisteskranken (Action du sulfonal dans les maladies mentales), par A. CRAMER (*München. med. Wochenschr.*, *n°* 24, *et Centralbl. f. d. med. W.*, *p.* 633, 1888).

A la dose de 2 grammes, le sulfonal a provoqué un sommeil de 5 à 8 heures, 23 fois sur 100. Son usage, continué pendant plusieurs jours, a produit un effet calmant très marqué. Son emploi peut rendre de grands services dans les maladies mentales. A. M.

De l'emploi de l'uréthane comme hypnotique chez les aliénés, par ADAM (*Ann. méd. psych.*, *septembre* 1888).

L'uréthane serait un agent hypnotique d'une innocuité absolue et d'une administration facile. Employé à une dose moyenne de 2 à 3 grammes, chez des hommes et des femmes, paralytiques ou non, ce médicament amena un sommeil calme dans la plupart des cas, sans aucun malaise au réveil, même chez les paralytiques. L'auteur considère comme acquis que l'uréthane est employée avec un succès assez constant contre l'insomnie dans toutes les formes de folie, que son innocuité est complète et son administration facile. DESCOURTIS.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu, par Daniel MOLLIÈRE (*In-8°*, 494 *pages*, *Paris*, 1888).

Ce livre contient 43 leçons. Quelques-unes, les premières en particulier, ont trait aux affections osseuses dont l'école de Lyon a une si grande expérience. Elles ont pour titre : Tuberculose du pied, dont l'auteur étudie les diverses variétés et le traitement ; de l'ostéite de l'extrémité inférieure du fémur ; puis : le mal de Pott, la coxalgie, que l'auteur appelle désormais coxotuberculose ; les arthrites du coude, etc.

Quelques sujets sont plus particuliers à l'auteur. La leçon sur les goitres kystiques indique la pratique suivie généralement. Citons pour mémoire les injections modificatrices, le drainage simple et les cautérisations ; il ne reste, suivant D. Mollière, que deux méthodes : l'extirpation ou thyroïdectomie et le drainage capillaire. Reprochant les dangers probables du myxœdème à la première, l'auteur regarde comme méthode de choix celle qu'il décrit sous le nom de drainage capillaire, drainage établi avec un faisceau de crins de cheval que l'on introduit avec pression. Sur cent opérations, l'auteur n'a eu qu'une mort. La méthode est lente, dit-il, mais sûre.

Une leçon est consacrée au traitement des rétrécissements calleux de l'urètre par la méthode de l'auteur, qu'il décrit sous le nom d'urétroplastie : résection du rétrécissement, puis suture des deux bouts.

Les hygromas du genou étudiés dans leur ensemble ne sont pas une entité morbide. L'auteur les considère comme un symptôme et les dis-

tingue en hyg. traumatiques aigus ou chroniques, hyg. manifestation unique du rhumatisme aigu, hyg. goutteux aigu ou chronique, hyg. blennorragique. De cette division découle le traitement.

Dans la leçon sur les kystes du poignet, Mollière discute la question de la tuberculose, étudie les kystes à grains riziformes dont la nature est encore mal définie. Citons en terminant l'étude sur la suture des tendons, et surtout une série de leçons sur les hernies. L'auteur a fait plusieurs centaines de kélotomies et il est convaincu qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de l'étranglement; que tout taxis forcé est une manœuvre dangereuse, tandis que la kélotomie est toujours d'une innocuité absolue. F. VERCHÈRE.

Stickstoffoxydal-Sauerstoff-Narcose bei grösseren chirurgischen Eingriffen (Protoxyde d'azote et oxygène dans les grandes opérations), par WITZINGER (*Wien. med. Presse*, *n*° 2, *p*. 47, 1888).

L'auteur a anesthésié avec plein succès, à l'aide de 88 parties de protoxyde d'azote et de 12 d'oxygène, sous la pression atmosphérique normale, un enfant de 7 ans qui a subi la résection de la hanche. L'accès de l'air extérieur étant soigneusement empêché, l'anesthésie a été complète au bout d'une minute et deux secondes sans phénomènes d'excitation préalable. Respiration régulière; pupilles dilatées.

Pendant les 18 minutes qu'ont duré les inhalations, tout s'est passé sans incident; mais l'opération se prolongeant, la provision de gaz était épuisée, il a fallu recourir au chloroforme. Ce changement n'a déterminé aucune excitation : le sommeil n'a pas changé de caractère, malgré la modification du procédé d'anesthésie.

On pourra utiliser cette notion pour supprimer la période d'excitation dans la chloroformisation.

L'auteur avait déjà eu recours au protoxyde d'azote oxygéné dans deux opérations moins graves que celle-là. Les résultats lui paraissent excellents, et il préconise la méthode. L. GALLIARD.

De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques, par G. PATEIN (*Thèse de Paris*, *n*° 294, 1888).

D'après les recherches de l'auteur, on trouve avant toute anesthésie de l'albumine 6 fois sur 50; après l'anesthésie, de l'albumine 22 fois sur 63, et après l'opération, de l'albumine 54 fois sur 74.

D'où l'on peut conclure que les inhalations de chloroforme sont susceptibles de déterminer une albuminurie passagère, que celle-ci se produit une fois sur 3 en l'absence de tout traumatisme et de toute hémorragie.

La quantité d'albumine est loin d'être toujours proportionnelle à la durée de l'anesthésie.

L'état des veines et peut-être du système circulatoire du sujet joue un rôle probable dans cette albuminurie, causée par l'élimination du chloroforme par les reins. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte la diminution de tension artérielle qui accompagne l'anesthésie chloroformique.

Les éléments normaux de l'urine sont plus abondants après l'anes-

thésie, dont l'influence se fait sentir au niveau du glomérule, où se produit un passage momentané de la sérine du sang. F. VERCHÈRE.

I. — **La créoline, par ESMARCH** (*Cent. f. Bacteriol.*, *n°* 10, 1887).

II. — **Ueber die Bedeutung des Creolins für die Chirurgie, par Max KORTÜM** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 861, 14 *novembre* 1887).

III. — **Zur Creolinbehandlung (Pansement par la créoline), par F. SPÄTH** (*Münch. med. Wochenschr.*, *n°* 4, *et Cent. f. d. med. W.*, *n°* 42, 1888).

I et II. — La créoline est obtenue par distillation sèche de la houille. C'est un liquide oléagineux, brun foncé, à odeur de goudron, qui se distingue de l'acide phénique, en ce qu'il est miscible à l'eau en toutes proportions. Les solutions aqueuses de créoline, même plus faibles qu'un millième, ont une teinte laiteuse qui au bout de quelques jours devient café au lait.

E. von Esmarch a reconnu à la créoline des propriétés désinfectantes au moins égales à celles de l'acide phénique.

Fröhner (*Archiv für wissenschaftliche und praktische Thierheilkunde*, 1887) a fait un grand nombre d'expériences thérapeutiques sur les animaux qui ont établi à la fois ses vertus parasiticides (dermatodecte du mouton, sarcopte du chien), antiseptiques (affections zymotiques du tube digestif), et sa parfaite innocuité. L'administration interne de 40 grammes de créoline n'a déterminé aucun accident chez des chiens et des chevaux.

Kortüm s'en est servi avec avantage contre des ulcères de jambes et des plaies diverses. Il conclut de ses essais que la créoline unit les bons effets de l'iodoforme et du sublimé, tout en n'ayant pas leur toxicité ; que c'est à la fois un désinfectant inoffensif, un agent qui restreint la suppuration, qui excite le développement des bourgeons charnus et qui possède certaines propriétés hémostatiques. Kortüm emploie la créoline en solution à 1 et 2 0/0 J. B.

III. — F. Späth a employé 30 fois la créoline comme pansement ; il la considère comme d'une action au moins égale à celle de l'iodoforme et de l'iodol. Il n'a pas constaté de phénomènes d'intoxication. A. M.

I. — **Contribution to the diagnosis and surgical treatment of tumours of the cerebrum, par R. F. WEIR et C. SEGUIN** (*Americ. journ. of med. sc.*, *p.* 25, *juillet et août* 1888).

II. — **Three successfull cases of cerebral surgery, par W. KEEN** (*Ibidem*, *p.* 329, *octobre* 1888).

III. — **Notes of a case of intra cranial tumour, par H. MALLINS** (*Lancet*, 19 *mai* 1888).

IV. — **Zur secundären Trepanation... (Trépanation dans les traumatismes craniens), par HOFFMANN** (*Deut. med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 393, 1888).

V. — **Observation de trépanation pour rupture de l'artère méningée moyenne, par Conrad BRUNNER** (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *juin* 1888).

VI. — **Fracture du crâne sans plaie, encéphalite, ouverture, guérison, par D. MOLLIÈRE** (*Lyon méd.*, 9 *septembre* 1888).

VII. — **Case of a lesion at the base of the brain, par R. COBB** (*Brit. med. journ.*, *p.* 763, *octobre* 1888).

VIII. — Des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux, par E. VINCENT (*Broch. Paris*, 1888).

IX. — Zur localen Behandlung von Hirnhauterkrankungen (Traitement local des affections méningées), par MOSLER (*Soc. méd. de Greifswald*, 5 *mai* 1888).

I. — Un homme de 39 ans, sans antécédents syphilitiques, était resté en bonne santé jusqu'en 1882, époque à laquelle il commença à présenter des phénomènes cérébraux sous forme d'attaques épileptiformes de la face et du membre supérieur. Malgré le traitement, ces attaques persistaient. La mémoire s'affaiblissait, la parole était embarrassée. L'état général restait satisfaisant. On fit d'abord le diagnostic d'épilepsie jacksonienne avec parésie de la face et du membre supérieur, due à une tumeur cérébrale siégeant à gauche au niveau du centre des mouvements de la face.

Malgré divers traitements et en particulier le bromure et l'iodure à hautes doses, l'affection s'aggravait. La température du crâne prise avec soin et d'une façon répétée était en moyenne supérieure du côté gauche. Dès ce moment, une figure fut dessinée indiquant exactement avant toute intervention le siège précis de la tumeur.

L'opération fut faite le 17 novembre 1887. Incision d'une valve du cuir chevelu, puis trépanation par deux applications de tréphine que l'on réunit en faisant sauter avec la gouge le pont osseux qui les séparait. La dure-mère semblait normale. Elle fut soulevée et incisée avec des ciseaux, suivant une courbe représentant les 3/4 d'un cercle. Rien à la surface du cerveau n'indiquait la tumeur. L'exploration fut faite par le toucher. Après quelques recherches vaines, on put sentir à la pression en un point une résistance plus grande de la substance cérébrale. Deux écarteurs réclinèrent les circonvolutions en ce point. La tumeur ainsi délimitée put être alors attaquée et enlevée. Aucune hémorragie ne suivit l'incision du cerveau. On fit un lavage au sublimé au 1/5000. Les disques osseux et les fragments furent replacés, puis fut faite la suture superficielle. Pansement à l'iodoforme. L'examen microscopique montre que la tumeur était un sarcome. La guérison locale fut parfaite et complète le 4 décembre.

Trois ou quatre heures après l'opération le malade remuait bien la jambe et le bras, mais l'aphasie et la paralysie de la face étaient plus marquées.

Près de 5 mois après l'intervention, il ne paraît pas qu'il y ait une réelle récidive de la tumeur. L'augmentation de l'aphasie et de l'agraphie semblait indiquer une extension de l'infiltration sarcomateuse, mais on ne peut l'affirmer étant donnée l'amélioration notable de l'aphasie qui survint plus tard.

Avant toute intervention, il est nécessaire d'avoir le diagnostic aussi exact que possible de la présence d'une tumeur intra-cranienne, du siège de cette tumeur et de son unité. Excepté dans les cas de tumeur secondaire (et alors toute intervention est contre-indiquée) et les cas de gomme cérébrale, il est impossible de reconnaître avant l'intervention la nature de la tumeur et de savoir si elle est encapsulée ou infiltrée, diffuse.

Tout en regardant avec Lucas-Championnière, Weir et d'autres chirurgiens la trépanation comme étant de jour en jour moins dangereuse, il n'en est pas moins nécessaire d'en restreindre l'emploi aux cas présentant des indications formelles. — Cette réflexion n'est pas applicable à certain cas d'épilepsie suite de traumatisme cranien, de douleur persistante et continue en un point du crâne, etc., dans lesquels un diagnostic médical certain n'est pas possible, et pour lesquels une trépanation

exploratrice chirurgicale peut rendre grand service, sous condition de faire une opération complète si l'exploration l'indique. Il est bon de réprimer la tendance actuelle à opérer à tort et à travers sur le cerveau et de sauver d'un discrédit immérité certaines ressources thérapeutiques qui peuvent donner quelque espoir de succès dans quelques cas en apparence fatals, et pouvant dans l'avenir encore donner des résultats satisfaisants. F. VERCHÈRE.

II. — Le premier cas a trait à l'ablation d'un volumineux fibrome intracérébral. Il s'agissait d'un malade âgé de 26 ans, porteur de cette tumeur provoquée probablement par un traumatisme (chute sur la tête à l'âge de trois ans); il présenta de l'hémiplégie et l'épilepsie, à 22 ans, et fut opéré 4 ans plus tard. Malgré une hernie du cerveau, la guérison fut parfaite et l'épilepsie disparut. — L'opération fut faite le 15 décembre 1887. Les précautions antiseptiques les plus minutieuses ayant été prises préalablement, le malade fut endormi par l'éther. L'incision fut faite au niveau de la cicatrice ancienne. Avec la gouge on traça une rainure qui permit de reconnaître la situation de la tumeur. Celle-ci déterminée, application d'une couronne de trépan de 3 centimètres 1/2, qui mit à jour la tumeur. L'ouverture fut progressivement étendue jusqu'à 7 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 6 transversalement.

La tumeur énucléée à l'aide du doigt pesait 99 grammes et déplaçait 80 grammes d'eau. Elle était longue de 7 centimètres, large de 6 et épaisse de 4 1/2. Elle mesurait 17 1/2 de circonférence; s'étendait depuis la scissure de Sylvius jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane et du sillon de Rolando au pied des 3 frontales.

Dans un cerveau normal, elle aurait plongé et occupé jusqu'au corps strié et au ventricule latéral.

Elle était adhérente intimement à la dure-mère. En aucun point il n'y avait d'adhérence au cerveau.

Au moment de l'énucléation, l'hémorragie fut abondante et difficile à arrêter. Les vaisseaux de la dure-mère n'eurent pas besoin d'être liés, mais de grosses et larges veines cérébrales durent être liées au catgut. Malgré ces ligatures, on dut arrêter l'hémorragie en nappe par des lavages à l'eau très chaude et la compression directe avec des éponges. Le drainage de la cavité fut fait avec un faisceau de crin de cheval, l'auteur eût voulu replacer les rondelles osseuses qui avaient été maintenues dans une solution phéniquée à 1/40, mais la résection de la dure-mère ne permit pas de le faire et on dut se contenter, pour empêcher l'hémorragie, de faire une légère compression avec des éponges. Un pansement à la gaze sublimée compléta l'appareil. L'opération avait duré 2 heures. Aucun symptôme de paralysie n'était apparu pendant l'intervention. Quelques vomissements à la suite. Pendant une semaine tout alla bien, la température ne dépassa pas 100° F. L'intelligence resta intacte, pas d'anesthésie. Le huitième jour, la température était à 104° F. avec aphasie, hémiplégie et constipation laquelle fut suivie de diarrhée et de selles fétides. La plaie fut rouverte et ne présentait pas de pus, mais il s'échappa une notable quantité de liquide analogue au liquide encéphalo-rachidien.

Pendant le mois suivant, la température s'élevait de temps en temps, mais l'aphasie et la surdité disparaissaient. Bientôt, par la plaie béante, se fit une hernie du cerveau sur laquelle on se contenta d'appliquer des compresses de sublimé, pendant que s'établissait un écoulement abondant de pus par l'oreille droite.

Pour parfaire la cicatrisation, on appliqua à la surface de la hernie 34 greffes cutanées. Trois mois après, la cicatrisation était complète et formait une notable dépression au niveau du point où était la hernie.

Les fibromes intracérébraux sont très rares et ce fait est le quatrième publié; il n'en est signalé que 3 dans la statistique de 580 cas de tumeurs intracraniennes réunis par Bernhardt et Hale White.

Cette observation est en outre remarquable par l'étude qui y est faite de la température locale au niveau de la trépanation et du point symétrique opposé, des différents réflexes, rotuliens, abdominaux et crémastériens, des troubles oculaires et de leurs modifications, etc.

Le second cas se rapporte à une simple fracture avec enfoncement suivie au bout de 4 mois d'épilepsie; 13 mois après fut faite la trépanation et l'ablation de la substance cérébrale lésée. Succès opératoire en 7 jours et disparition définitive de l'épilepsie.

Le malade était âgé de 25 ans et avait fait une chute de 9 pieds sur la tête du côté droit. Lorsqu'il reprit connaissance, le malade, très énergique, reconnut par la percussion alternative du côté droit et du côté gauche de son crâne qu'il existait manifestement un bruit de pot fêlé du côté droit.

Quatre mois plus tard apparurent les attaques d'épilepsie; celles-ci se renouvelèrent 6 fois en 18 mois et s'accompagnèrent de phénomènes tels qu'une intervention était indiquée.

Après les plus minutieuses précautions antiseptiques, on fit une incision en fer à cheval embrassant la dépression. A peine fut-il nécessaire de faire 3 ligatures.

Par la trépanation on put constater qu'il y avait à la surface interne de l'os une esquille qui avait perforé la dure-mère au moment de l'accident.

La substance cérébrale altérée fut réséquée jusqu'à une profondeur de 8 millimètres. Pendant cette résection, il fut possible d'examiner les mouvements que la pression déterminait du côté de la face. A ce moment, on put prendre en 10 secondes une photographie de la plaie. La rondelle osseuse fut replacée, puis suturée au catgut. Drainage et pansement au sublimé. Aucun incident ne vint troubler la guérison et le septième jour toutes les sutures furent enlevées.

Les attaques d'épilepsie ne sont plus revenues et les sensations pénibles qu'éprouvait le malade au niveau des doigts ont disparu.

L'examen microscopique a montré qu'on avait enlevé les lésions dues à une méningo-encéphalite chronique probablement d'origine traumatique, et à des esquilles d'os enfoncées.

D'après l'auteur, la trépanation primitive eût dû être faite.

Dans le troisième cas, l'auteur enleva le centre cérébral des mouvements de la main gauche, pour une lésion traumatique. F. VERCHÈRE.

III. — Homme âgé de 35 ans, vu par l'auteur en 1883; il a depuis trois ou quatre ans perdu peu à peu son énergie, s'est senti depuis cette époque en proie à une somnolence presque constante. Il a de plus une névralgie faciale droite peu marquée et l'examen de l'œil droit montre que la vision y est totalement abolie. Le globe de l'œil est un peu projeté, la pupille égale à sa congénère et mobile, mais l'ophtalmoscope révèle une atrophie blanche complète de la papille. A part ces phénomènes, le malade est bien portant, ses réflexes sont intacts et on ne trouve nulle part trace de l'ancienne paralysie.

En 1884, ces phénomènes augmentent, surtout l'habitude et la tendance au sommeil. Il a de fréquents accès de vomissements avec douleur occipitale marquée. Le diagnostic de tumeur centrale ou plutôt cérébelleuse paraît probable. Les phénomènes du côté de la vision augmentent, car l'œil gauche présente aussi une atrophie papillaire à son début.

Jusqu'en 1887, il voit les accidents augmenter et diminuer tour à tour, sous forme d'accès après lesquels s'accentue un état mental plus triste, a du strabisme, ptosis à droite, et enfin asthénie faisant des progrès constants, le

malade succomba dans le coma avec stertor et respiration de Cheyne Stokes.

A l'autopsie, on remarque que les vaisseaux du crâne et des membranes crâniennes sont très engorgés. Lorsqu'on veut soulever le cerveau et le détacher de la base du crâne, on voit qu'il y est fortement fixé par un tissu anormal, occupant la base du cerveau et allant « s'insérer comme par une racine à la fosse pituitaire ».

La section de ce tissu fibreux permit d'enlever le cerveau. La convexité ne présentait rien de particulier. A la base on trouve une tumeur d'apparence semi-kystique, de deux pouces et demi de diamètre environ et occupant la portion centrale du tiers antérieur du cerveau. On put isoler la tumeur des parties adjacentes et l'énucléer de son nid, et l'on vit que sa partie supérieure avait comprimé le corps calleux et détruit son tissu, et qu'il n'y avait plus de commissure ni de nerfs optiques.

La base fibreuse de la tumeur et son insertion dans la fosse pituitaire prouvent qu'elle venait de la dure-mère. L'examen histologique montra que c'était un sarcome à cellules rondes. LUBET-BARBON.

IV. — Dans ces deux cas la trépanation a été nécessitée par des troubles nerveux consécutifs au traumatisme.

1° Un homme de 36 ans a reçu à la tête un violent coup de marteau. Huit jours après, il se présente à l'hôpital avec du bégaiement et un certain degré d'aphasie. Au niveau du temporal gauche, existe une dépression qu'on ne peut explorer sans déterminer des douleurs. Pas de troubles sensitifs ni moteurs.

Incision cruciale au niveau de la dépression temporale; il y a enfoncement d'un fragment osseux grand comme une pièce de 2 francs; du centre de la fracture partent en outre trois traits radiés limitant trois fragments semi-lunaires. La lame interne du temporal est lésée sur une plus grande étendue que l'externe : aussi faut-il agrandir l'ouverture avec la gouge et la pince de Luer pour extraire les fragments. L'artère méningée moyenne n'est pas lésée. Suture, drainage. Guérison rapide de la plaie. Les troubles de la parole disparaissent.

2° Homme de 50 ans recevant sur la tête une lourde planche; perte de connaissance. Depuis l'accident, paroles incohérentes, accès de délire furieux. Au bout de 4 semaines, il se plaint de douleurs de tête, il répond mal aux questions. Pas de paralysie des membres. A droite un point douloureux sur le pariétal. Au niveau de ce point large incision cruciale; pas de fracture. L'auteur résèque une rondelle avec la gouge et la pince de Luer; il incise en croix la dure-mère d'où s'écoulent quatre cuillerées de liquide cérébro-spinal; il met à nu l'arachnoïde et la pie-mère qui semblent troubles et dont la déchirure amène de la sérosité. Il remet alors en place les lambeaux de la dure-mère et applique un tampon de gaze iodoformée, puis un pansement occlusif.

Dès le premier soir, l'intelligence redevient plus nette. Du troisième jour au cinquième jour, délire, idées confuses. A partir de ce moment, amélioration progressive. Pas de fièvre; la plaie guérit rapidement. Les troubles psychiques disparaissent d'une façon complète et définitive. L. GALLIARD.

V. — 1° Fracture esquilleuse compliquée avec enfoncement et déchirure de la dure-mère. Rupture de la méningée moyenne; broiement de la pulpe cérébrale. Extraction immédiate de 8 esquilles. Guérison vérifiée au bout de 2 ans; 2° fracture esquilleuse compliquée avec enfoncement et déchirure de la dure-mère; issue de la pulpe cérébrale; hémiplégie; rupture de la branche antérieure de la méningée moyenne; ligature de l'artère; extraction immédiate de 18 esquilles; guérison; 3° fracture esquilleuse du pariétal avec rupture de la méningée moyenne et hématome sur la dure-mère; hémiplégie;

trépan; évacuation de l'épanchement sanguin; mort par broncho-pneumonie le huitième jour. J. B.

VI. — Femme de 37 ans. Chute d'un deuxième étage, le 29 mars. Fracture du coude; contusion avec hématome de la région temporale gauche. Le 31 mars, la malade ne parle plus, a des mouvements convulsifs dans les membres, de l'insomnie; température, 39°,8. Le 1er avril, coma, température toujours élevée.

Incision des tissus au niveau de la bosse sanguine. On trouve une fêlure sans dépression; en suivant cette fêlure, on rencontre au-dessus du conduit auditif externe une petite esquille, qui n'était pas perceptible à travers les téguments. Ablation de l'esquille; issue d'un flot de sang noir et épais, puis de sang artériel en jet; irrigations froides, hémostase; pansement antiseptique. La température baisse dès le lendemain, les symptômes cérébraux disparaissent et la guérison se fait, entravée quelques jours par une bronchite capillaire. A. C.

VII. — Homme de 45 ans, ancien syphilitique, se présente avec une paralysie des muscles masticateurs, perte absolue du goût, hémiatrophie de la langue, légère surdité, pas de paralysie faciale, céphalée atroce. On diagnostique une tumeur de la base du crâne comprimant les nerfs de la cinquième et de la douzième paire. Insuffisance du traitement mercuriel; développement rapide d'un ulcère de la cornée, et fonte de l'œil. Pendant près d'un an, les accidents persistent, causant des douleurs intolérables. Une opération est tentée. Trépanation du crâne derrière l'angle postérieur de l'apophyse mastoïde, débridement de la dure-mère; ponction avec un fin trocart dans la direction de la tumeur, issue de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. Malgré l'insuffisance de cette opération, elle eut pour résultat de supprimer presque complètement les douleurs intolérables, et de permettre au malade de s'alimenter plus aisément. H. R.

VIII. — 1. Homme, 61 ans : dans une chute, la tête vient frapper le rebord d'un trottoir. Mort rapide. A l'autopsie : 1° fracture commune à la voûte et à la base, intéressant le pariétal gauche; elle traverse l'étage moyen, et aboutit au trou grand rond du même côté; 2° à gauche, perte de substance de la voûte orbitaire : aucun trait de fracture ne réunit cette perte de substance, soit à la fracture commune à la voûte et à la base, soit à celle de la voûte orbitaire du côté opposé; 3° à droite une parcelle osseuse est également détachée, avec irradiation dans la voûte orbitaire : fracture nettement isolée. Lésions cérébrales multiples, en particulier, séparation incomplète du bulbe, en deux parties, sur la ligne médiane, suivant le *calamus scriptorius*.

2. Femme, 25 ans : chute de plusieurs mètres, fractures du membre supérieur droit, de 4 côtes, du maxillaire inférieur; luxation de la cinquième cervicale. Au crâne, pas de fracture à la voûte. Fracture indépendante de la voûte orbitaire droite; de là partent deux fissures qui se réjoignent en arrière, gagnent l'ethmoïde et vont aboutir sur la voûte orbitaire gauche en se terminant dans la suture fronto-sphénoïdale.

3. Homme, 40 ans : dans une chute, la tête vient frapper sur le rebord d'un trottoir. La voûte du crâne est saine; sur la base, double fracture siégeant sur les voûtes orbitaires dont l'état de minceur est remarquable : des deux côtés, un fragment de la voûte est circonscrit par des traits de fracture et est devenu mobile.

Pour expliquer ces lésions indirectes, à siège constant, l'auteur admet la formation d'un cône de soulèvement au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne, d'où résulte la mise en jeu de l'élasticité de la substance osseuse, qui au niveau des voûtes orbitaires est mince, compacte, fragile, et peut, en redressant la courbure de ces voûtes, contribuer à déterminer des fractures; comme causes adjuvantes interviennent l'ébran-

lement par propagation des vibrations et l'augmentation de la pression intra-crânienne.

Quelques réflexions sur les traumatismes cérébraux, déterminés par le choc céphalo-rachidien, terminent ce mémoire. MAUBRAC.

IX. — Mosler a traité sans succès par l'aspiration une hydrocéphalie chronique consécutive à des accidents méningitiques aigus.

Il s'agit d'une fille de 21 mois dont la tête mesure 58 centimètres de circonférence et chez qui les os du crâne présentent un écartement manifeste; les fontanelles sont fluctuantes. L'enfant semble intelligente, mais ne parle pas; elle a une certaine paresse des membres; pas d'anesthésie.

Le 26 octobre 1887, l'auteur introduit la canule de la seringue de Pravaz à 2 centimètres de profondeur dans la grande fontanelle; il retire un liquide clair, faiblement albumineux. Le 28, évacuation de 100 grammes du même liquide; pas de réaction fébrile; application d'un bandage aseptique, compressif.

Le 8 novembre, les dimensions du crâne n'ayant pas varié, nouvelle ponction: on retire 131 grammes. Le 19 novembre, 200 grammes : au bout de 12 heures le crâne a déjà repris son volume antérieur.

Le 24 novembre, aspiration de 300 grammes. L'intelligence est plus vive, les mouvements des membres plus actifs. Le lendemain matin, 38°; le soir, 39°,8. R. 36. Convulsion des extrémités, agitation.

Le 26, 40° le matin, vomissements; le soir, 39°,4. Calomel, applications placées sur la tête.

Le 28, 40°. La fièvre persiste jusqu'au 3 décembre. On mesure la tête qui n'a pas diminué depuis le commencement de la cure.

Le 7 décembre, l'aspiration ne fournit que 30 grammes; pour la première fois le liquide contient beaucoup d'albumine. Les jours suivants la température varie de 38° à 38°,5; constipation, inappétence; pas de convulsions.

Le 14 décembre, la mère reprend l'enfant; un mois plus tard l'auteur apprend par lettre que l'état de l'enfant est bon, mais l'hydrocéphalie persiste avec les mêmes caractères. L. GALLIARD.

I. — **Étude sur les déviations de la taille d'origine réflexe, par BESSON** (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — **Actual state of the treatment of lateral curvatures of the spine, par Samuel KETCH** (*N. York med. journ.*, 19 *mai* 1888).

III. — **Zur Behandlung der Spondylitis... (Traitement du mal de Pott par le corset de Sayre), par W. von MURALT** (*Corr.-Bl. schw. Aerzte*, 15 *juillet et* 10 *octobre* 1888).

IV. — **The treatment of rotatory lateral curvature of the spine, par R.-H. SAYRE** (*N. York med. journ.*, 17 *novembre* 1888).

V. — **Separation of the vertebrœ with protusion of hernia, par F. WILKINS** (*St Louis med. and surg. journ.*, *juin* 1888).

VI. — **Fractures of the spine ; treatment by immediate reduction..., par H. L. BURRELL** (*Harvard med. School*, 1887).

VII. — **A case of caries of the spine with angular curvature, in which the spine was trephined, par G. A. WRIGHT** (*Lancet*, 14 *juillet* 1888).

VIII. — **A case of trephining the spine for compression of the spinal cord, par W. THORBURN** (*Brit. med. journ.*, 22 *septembre* 1888).

IX. — Traitement de la scoliose, par BRADFORD (*Boston med. and surg. journ.*, 3 *mai* 1888).

I. — Besson appelle l'attention sur les déviations du rachis symptomatiques de divers états pathologiques, et qu'il est utile de bien connaître, pour ne pas les confondre avec la scoliose.

Parmi ces déviations, les unes sont dues à des maladies rénales : Verneuil, Paulet et Kirmisson en ont cité des exemples. D'autres sont en rapport avec des affections pleuro-pulmonaires; il en est enfin qui sont dues à des contractures réflexes survenant chez des sujets hystériques à la suite d'un traumatisme.

Vu la mobilité très grande de la colonne vertébrale chez les enfants, c'est surtout chez eux qu'on les rencontre. E. KIRMISSON.

II. — Le traitement comprend deux méthodes, employées seules, ou combinées, savoir les appareils et l'exercice.

Quant au décubitus et à la ténotomie, ils sont bien exceptionnellement employés aujourd'hui, bien qu'ils puissent l'être à titre d'adjuvants.

Les appareils peuvent être divisés en deux groupes : 1° les appareils exerçant une pression active et progressive; 2° les appareils fixes à action passive. L'auteur condamne les premiers, qui peuvent déterminer des escarres; les appareils fixes de la deuxième classe ont été d'abord construits avec l'idée d'immobiliser solidement la colonne vertébrale dans la position meilleure qu'on lui avait donnée par l'extension ou la suspension. On a ensuite fendu les corsets pour pouvoir les ôter et les renouveler facilement.

Quant aux exercices, ils sont fort nombreux. Les meilleurs sont les manipulations exercées par le chirurgien, surtout celles qui ont pour objet de lutter contre la torsion des vertèbres.

En effet, l'auteur entend par guérison non seulement le rétablissement de la rectitude de la colonne vertébrale, mais encore la disparition de la torsion. Or, à l'heure actuelle, on ne peut encore guérir cette torsion. Il faut donc s'attacher surtout à prévenir cette déformation, dès que ses premiers symptômes peuvent être reconnus.

A cet égard, l'auteur rappelle la statistique qu'il a présentée, il y a deux ans, statistique portant sur 229 cas, divisés en 3 groupes :

1° Difformité survenue de 1 à 12 ans;
2° — — de 12 à 18 ans, à la puberté;
3° — — au-dessus de 18 ans.

Or, la première classe a été observée 120 fois, c'est-à-dire 52 fois sur 100, ou dans plus de la moitié des cas.

L'inclinaison latérale de la colonne vertébrale avec torsion est donc surtout une maladie de l'enfance, qui peut d'ailleurs être congénitale ou acquise.

Il est nécessaire d'examiner souvent avec soin la colonne vertébrale des enfants, pour prévenir chez eux l'établissement de la difformité.

E. KIRMISSON.

III. — De 1876 à la fin de 1884, de Muralt a traité par l'appareil de Sayre 38 maux de Pott. Il a arrêté sa statistique actuelle à cette date, parce qu'il estime que pour juger de la guérison il faut laisser s'écou-

ler au moins 3 ans. Il possède des informations précises et récentes sur 29 malades; 6 d'entre eux ont succombé, depuis leur sortie de l'hôpital, aux conséquences directes ou indirectes de leur arthrite vertébrale. Parmi les 23 survivants, 20 peuvent être considérés comme guéris, tandis que l'état des 3 derniers a empiré.

L'affection siégeait trois fois au niveau des vertèbres cervicales, dix-sept fois au niveau des vertèbres thoraciques et trois fois au niveau de la colonne lombaire; 4 des malades avaient des abcès et 9 des paralysies. Relativement à l'âge, il oscillait entre 3 et 8 ans pour 15 d'entre eux, et, entre 9 et 15, pour le 8 autres, 12 étaient des garçons et 11 des filles.

Après avoir expérimenté les nombreuses modifications proposées à l'appareil de Sayre, de Muralt est arrivé à la conviction qu'aucune ne le vaut. Il résume ainsi les indications du corset de Sayre dans le mal de Pott :

Quand l'affection est tout à fait récente (ce qui n'est guère le cas dans la clientèle hospitalière, malheureusement), il ne convient qu'aux cas tout à fait légers. Si l'arthrite paraît encore en voie de progrès et surtout s'il existe de la sensibilité ou des symptômes médullaires, on se contentera du repos absolu dans le décubitus horizontal jusqu'à disparition de tous les phénomènes morbides.

Passé cette période, le traitement de Sayre convient à tous les cas d'affections des vertèbres cervicales, thoraciques et lombaires, à l'exception des suivants :

1° Chez les enfants en bas âge, qui ne peuvent encore se tenir debout, et chez ceux qui, bien que plus âgés, ont encore trop d'embonpoint et un bassin trop peu développé, pour que l'appareil ne glisse pas;

2° Quand il y a coexistence d'une déformation considérable de la poitrine et d'un ventre très gros, quand il y a contracture coxalgique, etc. ;

3° Quand il y a paraplégie totale avec paralysie des sphincters. Toutefois, dans ce dernier cas, il y a lieu d'essayer le corset de Sayre, qui peut, non seulement soulager le malade, mais encore améliorer rapidement son état.

Dans ces cas exceptionnels, on recourra avec profit, soit à la cuirasse de bois de Phelps, soit à l'appareil de Nönchen, qui ont sur la gouttière de Bonnet le double avantage d'être moins coûteux et de permettre des mouvements.

Les abcès ne sont nullement une contre-indication à l'emploi de l'appareil de Sayre. Si l'arthrite siège au bas de la région lombaire, ou à la région lombaire, ou à la région sacrée, on pourra appliquer le caleçon plâtré de Madelung.

Dans l'immense majorité des cas le traitement par la méthode de Sayre doit être poursuivi pendant 18 mois ou 2 ans ou moins. Si le cas est favorable, on obtient un redressement de la colonne, non par écartement violent des parties malades, mais par la disparition des courbures de compensation et par les progrès de la croissance.

Le principal inconvénient du corset de Sayre est de gêner la respiration et d'atrophier les muscles respiratoires, mais il est plutôt théorique. En revanche, l'avantage qu'il offre de permettre de rendre l'enfant à ses parents a ses fâcheux côtés, car, sous tous les rapports, il y aurait profit pour le petit malade à rester dans un établissement soumis à la surveil-

lance médicale, pour peu qu'il appartienne à des parents pauvres, ignorants ou négligents. De Muralt réserve le corset de feutre par le traitement secondaire. Il est indispensable, pour amener la guérison, d'envoyer les petits convalescents faire un séjour prolongé soit à la campagne, soit aux bains de mer, soit aux eaux salines. J. B.

IV. — Sayre commence par poser en principe qu'on doit supprimer toutes les causes de cette affection qui ont pu être reconnues : rétablir l'égalité de longueur des membres inférieurs, s'ils sont d'inégale longueur; traiter par l'électricité et le massage les diverses paralysies, infantiles, diphtéritiques ou autres. Traiter par les moyens convenables le torticolis, le strabisme et les autres imperfections de la vision.

Dans les scolioses essentielles, il a recours aux exercices seuls, si le cas est léger; dans les cas plus graves, il a recours à la suspension et à l'application d'un corset plâtré, qui est fendu sur la ligne médiane antérieure et lacé. Le malade le porte le jour; on l'applique le matin pendant la suspension, et on l'enlève la nuit. L'auteur rappelle que son père (Lewis Sayre) n'a conseillé le corset plâtré que comme moyen de conserver au tronc l'attitude qu'on lui a donnée pendant la suspension. Son action doit être complétée par l'emploi d'une gymnastique méthodique.

Suit la description d'un très grand nombre d'exercices qui devront être étudiés dans le texte, et dont l'intelligence sera rendue plus facile par les figures qui y sont annexées. E. KIRMISSON.

V. — Une femme, au huitième mois de sa grossesse, est heurtée violemment à l'abdomen par l'angle d'une table. Le lendemain elle accouchait d'un garçon qui, à l'union des vertèbres dorsales et lombaires, portait une tumeur du volume d'un œuf d'oie. On diagnostiqua une hernie, que l'on opéra le septième jour après la naissance.

L'incision montra les vertèbres séparées sur l'étendue d'un demi-pouce, et à travers l'ouverture une hernie faisant saillie au dehors. La moelle était refoulée latéralement.

La hernie fut réduite sans ouvrir le sac, la moelle remise en place, et les vertèbres réduites en position normale, et maintenues par une suture au fil d'argent.

La réunion se fit par première intention, et la guérison était complète au bout de six jours. MAUBRAC.

VI. — La réduction immédiate de la déformation et l'immobilisation avec le corset de Paris, ou tout autre moyen, doit être le traitement appliqué au plus grand nombre des cas de fractures du rachis.

Les quelques risques à courir sont négligeables si l'on considère les déplorables résultats de l'expectation.

La réduction est formellement indiquée par les phénomènes de compression médullaire qui peuvent ne survenir qu'au bout de quarante-huit heures.

La suspension du patient n'est qu'un moyen d'obtenir la réduction. Dans certains cas, pendant le décubitus en formation ou en supination, une simple pression peut suffire.

Les objections que l'on a opposées à ce mode de traitement sont : le petit nombre de guérisons obtenues par l'expectation seule, les dangers attribués à l'extension, surtout dans les cas de fractures de la colonne cervicale, dans les cas où le patient est dans le ctoc, le collapsus ou

près de mourir; enfin les dangers d'amener une compression de la moelle dans les tentatives de redressement du rachis.

Ces objections tombent devant les faits que présente l'auteur.

F. VERCHÈRE.

VII. — Enfant de 7 ans, atteint d'une courbure angulaire du rachis, occupant la partie moyenne de la région dorsale; paralysie complète des deux membres inférieurs, avec incontinence des urines et des matières fécales. On se décida à ouvrir le canal vertébral, dans l'espoir de diminuer la compression. L'opération fut faite par G.-A. Wright, et consista dans une incision longitudinale au niveau des apophyses épineuses les plus saillantes; les parties molles furent écartées de chaque côté, et trois lames vertébrales furent enlevées avec les apophyses épineuses correspondantes. On mit ainsi à découvert les enveloppes de la moelle, qui furent trouvées, à la partie inférieure, entourées d'une substance dure comme du cuir, de couleur chamois, qui fut enlevée avec les ciseaux. On ne trouva pas de point comprimé. Sutures profondes au catgut; sutures de la peau à la soie; drainage. Précautions antiseptiques minutieuses avant et pendant l'opération.

La plaie guérit rapidement par première intention. L'état du malade ne se modifia pas jusqu'au douzième jour; mais à ce moment la sensibilité d'abord, puis la mobilité, reparurent dans les cuisses, qui présentèrent de légers mouvements de flexion. Mais cette amélioration ne fut que passagère, et, quinze jours après l'opération, l'état du malade était redevenu ce qu'il était avant l'opération. E. KIRMISSON.

VIII. — Thorburn reçut, le 9 mars 1885, un garçon de 6 ans, qui, auparavant bien portant, avait commencé, le 2 mars, à se plaindre de douleurs dans la poitrine. Le 9, il se coucha comme d'habitude, mais, le 6, à son réveil, il était paralysé. Il existait une saillie marquée au niveau de la troisième et de la quatrième vertèbre dorsale, avec paralysie complète, et anesthésie dans les régions situées au-dessous. Les mouvements du thorax étaient très gênés, et il y avait une grande quantité de mucus dans les bronches.

L'auteur eut l'idée de tenter la trépanation du rachis. Une incision fut faite sur la ligne médiane; les lames de la troisième vertèbre dorsale furent sectionnées; un peu de pus s'écoula du canal vertébral; au fond de l'orifice, on aperçut la dure-mère saine en apparence.

Après l'opération, la respiration devint meilleure; le lendemain matin, l'amélioration s'était maintenue; mais il y avait une grande quantité de pus dans l'urine. Dans l'après-midi, la respiration devint de nouveau plus difficile; la température s'éleva, et, peu après minuit, l'enfant succomba asphyxié. Pas d'autopsie. E. KIRMISSON.

IX. — Les méthodes employées peuvent être classées de la façon suivante : 1° les attitudes; 2° la gymnastique; 3° le traitement mécanique; 4° le repos.

Ces méthodes sont applicables, soit seules, soit combinées les unes avec les autres suivant les cas.

Par méthode des attitudes, on doit entendre, non seulement celle qui a pour but d'éviter les attitudes vicieuses, mais bien de les corriger. Cette méthode a été systématisée et rendue scientifique par Roth (voir *British medical journ.*, 13 mai 1882).

La méthode gymnastique consiste dans les exercices nécessaires pour maintenir le tronc dans une bonne attitude. Elle forme la base de toutes les méthodes de traitement.

Les moyens mécaniques se proposent : *a*, de limiter, de détruire ou d'empêcher les attitudes vicieuses; *b*, d'exercer une pression directe

sur les côtes ou la hanche saillante; *c*, de détruire la torsion de la colonne vertébrale.

Quant au repos ou décubitus, on ne peut y condamner les malades pendant toute la durée d'un traitement qui doit être longtemps continué; ce n'est donc qu'un moyen adjuvant.

En résumé, le traitement préventif doit consister essentiellement dans la gymnastique ou dans les attitudes. Le traitement correcteur consiste dans les attitudes ou dans l'emploi des machines, ou mieux dans la combinaison de ces deux ordres de moyens avec la gymnastique.

E. KIRMISSON.

Tuberculose vertébrale, par LANNELONGUE (*In*-8°, 418 *p.*, *Paris*, 1888).

Après avoir, dans un rapide historique, justifié l'appellation de mal de Pott pour la tuberculose vertébrale et rappelé le rôle de l'école française, depuis Nichet et Nélaton jusqu'à Charcot et Bouchard, dans l'étude anatomo-pathologique et clinique de la maladie, Lannelongue divise le mal de Pott en cinq variétés : mal vertébral antérieur ou mal de Pott proprement dit, mal vertébral postérieur, mal sous-occipital, tuberculose sacro-iliaque ou sacro-coxalgie tuberculeuse, tuberculose sacrée et sacro-coccygienne.

Les quatre premières leçons sont consacrées à l'étude du mal vertébral antérieur. La première comprend l'anatomie pathologique, c'est-à-dire l'étude de la gibbosité et des déformations secondaires du rachis, puis l'étude des altérations intimes du parenchyme osseux sous leurs trois formes : tubercules enkystés, tubercules infiltrés et tuberculose superficielle ou carie; elle se termine par l'étude du mode de réparation des lésions osseuses.

La deuxième leçon est consacrée aux altérations des parties molles, abcès symptomatiques, infection tuberculeuse secondaire, altérations des parois vasculaires du voisinage, altérations des méninges, de la moelle et des nerfs.

La troisième comprend l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, la marche et les terminaisons; la quatrième, le traitement de la maladie.

Le mal vertébral postérieur fait l'objet de la cinquième leçon; il est constitué par la tuberculose de l'arc postérieur des vertèbres, lames ou apophyses. Cette affection est peu commune et d'un pronostic en général bénin; le diagnostic est parfois difficile. Le traitement consiste à extirper ou à gratter la paroi des abcès, à extraire les séquestres et à réséquer la portion d'os malade. Suivent 4 observations.

La sixième leçon a trait au mal sous-occipital ou tuberculose des condyles occipitaux, de l'atlas, de l'axis et des articulations qui unissent ces os entre eux : c'est une véritable tumeur blanche aboutissant, indépendamment des altérations osseuses et des lésions des parties molles du voisinage, à des luxations pathologiques dont le mécanisme et les variétés sont étudiés avec soin. L'étiologie, les symptômes, le diagnostic, la marche et le traitement de cette affection sont successivement passés en revue.

Enfin la septième leçon est consacrée à l'étude de la tuberculose sacrée avec ses variétés sacro-iliaque et sacro-coccygienne. L'auteur

insiste particulièrement sur la lenteur et l'insinuosité du début et sur les difficultés du diagnostic ; mais les lésions ne portent pas toujours sur les articulations, et la tuberculose isolée du sacrum ou du coccyx n'est pas « absolument rare ».

L'ouvrage se termine par l'exposé de 44 observations diverses recueillies à l'hôpital Trousseau et dont un certain nombre a déjà été publié dans les thèses de Mme Conta et de Tounissont (1887). DE SANTI.

I. — Anévrisme de l'artère crurale. Traitement par la méthode de Baccelli, par BUCQUOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *avril* 1888).

II. — De la filipuncture ou introduction et abandon des corps étrangers filiformes dans le sac des anévrismes (méthode de Moore), par VERNEUIL (*Bull. de l'Acad. de médec.*, *nos* 26, 27, 28 *et* 29, *juillet* 1888).

III. — Sur le traitement des anévrismes de l'aorte par l'électro-puncture, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Ibidem*).

IV. — Du traitement des anévrismes par l'introduction des corps étrangers métalliques. L'acupuncture, par Constantin PAUL (*Ibidem*).

V. — A proposed modification of Moore's treatment of aneurysm, par STEAVENSON (*The Lancet*, 11 *juin* 1888).

VI. — Aortic aneurysm after galvano-puncture, par RALFE (*Path. Soc. of London*, 20 *novembre* 1888).

I. — Une femme de 33 ans, accouchée le 19 février de son 4e enfant, se présente à l'hopital, le 24 avril, portant une tumeur pulsatile de l'aine gauche; cinq semaines auparavant elle avait senti rapidement une lourdeur de la jambe, puis une très vive douleur à l'aine, bientôt étendue à tout le membre. L'examen de la région prouva l'existence d'un anévrisme de la crurale, celui du cœur montra qu'il y avait un double souffle aortique (rétrécissement et insuffisance). L'intervention chirurgicale paraissant contre-indiquée, Bucquoy fit d'abord deux séances d'électro-puncture, suivant la méthode de Ciniselli; les opérations furent si douloureuses qu'il fallut y renoncer. Il eut alors recours au procédé de Moore, sans succès, puis à celui de Baccelli; il put introduire le 19 juin un petit ressort de montre long de 5 centimètres et demi; ce qui amena une amélioration notable; le 21 juillet, après une poussée fébrile accompagnée de phénomènes infectieux, la malade fut prise d'une aphasie complète avec hémiplégie droite.

Après des progrès sensibles dans l'état général de la femme, survint une déchéance au mois de février, avec cachexie progressive.

A l'autopsie on trouva les sigmoïdes aortiques l'une détruite, les deux autres boursouflées et couvertes de végétations calcifiées; l'aorte au voisinage ulcérée. L'anévrisme occupe la partie supérieure du triangle de Scarpa; la paroi est épaisse; le sac contient deux fragments de ressort oxydés et recouverts de fibrine; pas de caillots passifs, quelques caillots actifs, le sac est comme surajouté à l'artère avec laquelle il communique par un orifice très étroit. Ramollissement cortical étendu de l'hémisphère cérébral gauche, l'artère sylvienne est oblitérée, sans traces d'embolie.

Bucquoy admet que la puerpéralité a été cause de la lésion cardio-aortique, un embolus s'en serait détaché, aurait été boucher l'artère crurale et aurait déterminé une lésion grave de la paroi, qui, ramollie, aurait cédé et donné lieu à l'anévrisme; c'est donc un anévrisme embolique. H. L.

II. — D'après Verneuil, cette méthode, ou filipuncture, a pour but d'introduire dans les sacs anévrismaux des fils, qui doivent provoquer la coagulation du sang et par suite donner lieu à une amélioration ou à une guérison radicale. L'opération n'est pas toujours très facile ; la coagulation du sang est loin d'être constamment obtenue. Des accidents variés, inflammatoires ou mécaniques, peuvent survenir. En résumé, la filipuncture a donné jusqu'ici des résultats détestables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales et même médicales.

Elle n'a jamais réussi dans les anévrismes de l'aorte thoracique et des principaux troncs artériels, sauf dans un cas pour l'humérale. Comme opération palliative, elle est peu efficace. D'autre part, elle expose à des dangers sérieux, mortels même, et si l'on analyse les 34 cas d'opération connus, on voit que 30 malades sont morts avant l'expiration de l'année. La filipuncture est une mauvaise opération et ne doit pas être encouragée.

III. — Après avoir rappelé qu'il a opéré lui-même une vingtaine de malades par l'électro-puncture et qu'il en a vu opérer quelques autres, Dujardin-Beaumetz déclare que cette méthode, dans la cure des anévrismes, n'est que palliative; elle ne s'oppose pas à la rupture interne. Il croit préférable de s'adresser à l'emploi de l'iodure de potassium, qui a même donné un certain nombre de guérisons, associé ou non, suivant l'élément douleur, à l'antipyrine ou à la phénacétine.

IV. — Paul, n'ayant pour but que de déterminer une inflammation modérée de la poche anévrismatique, se sert de fines aiguilles en or ou en argent très flexibles, ayant moins d'un dixième de millimètre de diamètre, et 6 centimètres et demi de longueur : après les avoir rendues antiseptiques, il les fait traverser la peau, à l'aide d'un conducteur, et pénétrer dans la poche, au nombre de 2 à 5, chacune à la distance d'un centimètre. On les laisse un quart d'heure en place. A la suite l'inflammation est ordinairement modérée et sert ainsi à renforcer les parois et à empêcher l'anévrisme de se rompre à l'extérieur. On donne en même temps le traitement ioduré. C'est ainsi que l'auteur a agi à l'égard de 5 malades, qu'il a améliorés. OZENNE.

V. — Au lieu d'un ressort d'acier, l'auteur introduit dans la poche anévrismale un fil mince en fer doux (n° 29 de Birmingham). Ce fil, préalablement roulé sur une bobine de fort diamètre (pour éviter qu'il ne se coude), est introduit à l'aide d'une aiguille perforée droite, en ivoire, analogue à celles qu'on emploie dans l'opération de la staphylorraphie, mais beaucoup plus longue. Lorsqu'il est entré une longueur de fil suffisante, on le coupe au niveau du talon de l'aiguille et on l'adapte au pôle *positif* d'une forte pile galvanique ; l'électrode négative, formée d'une éponge ou d'une plaque d'amadou, est placée sur un point quelconque du corps. On fait passer un courant de vingt-cinq à trente milliampères pendant l'espace d'environ trente minutes. Après quoi, si le fil de fer n'a pas été rompu dans la poche par la décomposition résultant du courant électrique, on pousse l'extrémité de ce fil avec un trocart mousse de façon à le perdre dans la tumeur, on retire ensuite l'aiguille creuse et on ferme la petite plaie par un léger pansement compressif. H. BARTH.

VI. — Le malade entra dans le service de Ralfe en septembre 1887 pour un anévrisme aortique considérable avec menaces de rupture à l'extérieur. La galvano-puncture amena un soulagement des douleurs et la tumeur diminua, pour reprendre son volume primitif un peu plus tard. Treize séances de galvano-puncture furent faites en l'espace de neuf mois. A cette date, il se fit sur la piqûre de la dernière ponction une petite ulcération qui finit par céder; hémorragie graduelle. Mort en août 1888. A. C.

I. — Wound of the stomach (Blessure de l'estomac), par C. C. JONES (*N. York med. journ., p.* 516, 12 *mai* 1888).

II. — Uber die chirurgische Behandlung der ulcerösen Magen-und Darm-perforation (Traitement chirurgical des perforations de l'estomac et de l'intestin), par STEINTHAL (*XVII*e *Congrès des chir. allem. Cent. f. Chir., n*° 24, *p.* 48, 1888).

III. — Neue Methode der Gastrotomie mit Sphincterbildung, par GIRARD (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte, n*° 11, *p.* 345, 1er *juin* 1888).

IV. — Rétrécissement traumatique du pylore ; résection du pylore et gastro-entérostomie dans la même séance. Mort, par KRŒNLEIN (*Ibidem,* 15 *mai* 1888).

V. — Vorstellung einer Patientin, bei welcher wegen Carcinoma Pylori die Resectio Pylori mit Erfolg ausgeführt ist (Résection d'un pylore cancéreux), par KRŒNLEIN (*Ibidem,* 15 *mai* 1888).

I. — Nègre de 19 ans, blessé d'un coup de couteau dans une rixe. Deux heures après l'accident, l'auteur constate à l'épigastre une plaie de 2 pouces de long, horizontale, donnant issue à l'épiploon. Il n'y a pas eu d'hémorragie, mais les aliments ingérés depuis peu se sont échappés de l'estomac par la blessure.

Chloroforme. Lotions phéniquées extérieures. On élargit la plaie extérieure de 3 pouces; l'estomac est attiré à l'orifice et vidé; il présente une plaie de 3/4 de pouce qu'on suture. On lave l'organe et l'épiploon qu'on replace dans l'abdomen. Suture de la plaie abdominale, compresse phéniquée, bandage. Injection de morphine au réveil.

On enlève les sutures le huitième jour. A la fin de la seconde semaine, le blessé prend des aliments demi-solides. Au bout du deuxième mois, il retourne à son travail. L. GALLIARD.

II. — Steinthal donne trois observations recueillies à la clinique d'Heidelberg :

1° Jeune fille de 20 ans, qui souffrait de l'estomac. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, violente et brusque douleur dans le flanc gauche. Ballonnement du ventre. Pas de selles, mais peu de vomissement. On diagnostique perforation. Laparotomie médiane. Léger degré de péritonite. La paroi antérieure de l'estomac est fortement vascularisée et recouverte d'exsudats fibrineux. On ne peut trouver l'orifice de perforation. Mort quatre jours après. A l'autopsie, on trouve une perforation par ulcère de l'estomac;

2° Homme de 33 ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, au moment d'un effort, brusque douleur à droite de l'ombilic. Depuis, vomissements incessants. Pas de selles, ni de gaz. Ballonnement et sensibilité de l'abdomen. Son tympanique, si ce n'est du côté des lombes, où on trouve une matité qui s'étend à droite jusqu'à l'arcade de Fallope. On diagnostique perforation de l'estomac ou du cæcum. Laparotomie sur la ligne blanche. On trouve un abcès péricæcal; mais la perforation se trouve sur l'estomac. Suture. Mort pendant la nuit;

3° Un homme de 52 ans se réveille avec des douleurs dans la région cæcale. Le jour suivant, brusque douleur très violente dans la même région et collapsus. Le ventre se ballonne. On diagnostique, typhlite aiguë avec perforation. Laparotomie sur la région cæcale. Résection de l'appendice vermiforme gangrené et perforé. Mort le sixième jour. PIERRE DELBET.

III. — Les fistules gastriques par lesquelles on introduit des aliments ne tardent pas à en laisser échapper une partie au dehors. Pour remédier à cet inconvénient, Girard a eu l'idée d'entourer la bouche stomacale d'une sorte de sphincter. Il a pratiqué cette opération une fois; malheureusement, le malade, épuisé par l'inanition, n'a survécu qu'un jour. Voici comment il a procédé :

Incision verticale de 15 centimètres à travers la peau et la couche musculeuse, de façon à fendre en son milieu, suivant sa longueur, la partie supérieure du muscle droit abdominal gauche. La cavité abdominale est ouverte au milieu de cette incision. La paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du grand cul-de-sac, est attirée en forme de cône dont on fixe la base, par une série de points de suture, aux lèvres de l'ouverture faite à la cavité abdominale, c'est-à-dire au péritoine et à la face postérieure de la gaine du grand droit.

Ensuite, de chaque côté de l'incision faite à ce muscle, on en détache un faisceau musculaire de la grosseur d'un bon doigt, qu'on isole en forme de pont sur une longueur de 10 centimètres. On fait alors glisser ces deux ponts musculaires l'un à la rencontre de l'autre jusqu'à les entre-croiser. On a ainsi un sphincter musculaire par l'orifice duquel on fait passer le sommet du cône formé par les parois stomacales. Des sutures au catgut fixent les deux faisceaux musculaires et le cône gastrique dans la situation décrite. Enfin on ouvre l'estomac. J. B.

IV. — Jeune homme de 24 ans, ayant reçu, en mars 1887, un violent coup de pied de cheval à l'épigastre. Dès lors, il a éprouvé des douleurs d'estomac après chaque repas, et, quatre semaines après l'accident, sont survenus, en outre, des vomissements. Les matières vomies ont souvent l'aspect de marc de café. L'estomac est dilaté. A droite de la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic, on perçoit un point rénitent de la grosseur d'une noix. La maigreur est squelettique; le malade, rejetant tous les aliments, a perdu près de la moitié de son poids, soit 74 livres sur 150. Opération le 24 novembre 1887. Le pylore induré était intimement soudé par du tissu cicatriciel avec le foie. Néanmoins Kroenlein parvint à l'isoler et à le réséquer. Mais il s'aperçut alors que le calibre du duodénum n'était plus accessible qu'à un fin stylet boutonné. Il se résolut donc à fermer complètement, par de nombreuses sutures, l'extrémité duodénale de l'intestin, puis à aboucher l'orifice de l'estomac avec une anse du jejunum, exécutant ainsi une gastro-entérostomie de Wölfler, modifiée.

L'opération avait duré deux heures et s'était effectuée sans perte notable de sang.

Néanmoins, le malade, très épuisé, succombait dans le collapsus le lendemain.

L'autopsie n'a révélé aucune trace de péritonite; toutes les sutures du duodénum, de l'estomac et du jejunum étaient parfaites. J. B.

V.—Femme de 40 ans, extraordinairement émaciée. L'opération, pratiquée il y a cinq semaines, a été faite suivant le procédé de Billroth et sans aucune difficulté. Le carcinome, annulaire, du pylore avait rétréci la lumière de celui ci au volume d'un tuyau de plume, mais il n'y avait pas encore d'adhérences aux organes voisins. Le fragment d'estomac réséqué mesurait 7 centimètres

le long de la petite courbure et 10 le long de la grande. La désinfection a été effectuée avec une solution de sublimé au 1/2,000e; de la soie au sublimé a servi pour les sutures, consistant en suture continue de la muqueuse et suture de Lembert à deux étages pour la séreuse et la muqueuse. La guérison s'est produite sans fièvre. Depuis l'opération, la malade a augmenté de 4 kilogrammes; elle mange et digère tout.

Kroenlein a fait, avant et après l'opération, toute une série d'expériences sur le suc gastrique de cette femme avec du blanc d'œuf. Il est arrivé à ce résultat qu'avant comme depuis l'opération la réaction de l'acide chlorhydrique manque toujours. J. B.

I. — Gall stones exciting suppuration : operation, recovery (Abcès abdominal d'origine calculeuse, guérison), par Pearce GOULD (*Brit. med. j., p.* 698, *mars* 1888).

II. — Operation for gall-stones, par M. STAMM (*Journ. of americ. med. Assoc., p.* 388, 31 *mars* 1888).

III. — Die Cholecystotomie mit Unterbindung des Ductus cysticus (Cholécystotomie avec ligature du canal cystique), par ZIELEWICZ (*Cent. f. Chirurg., n°* 13, *p.* 225, 1888).

IV. — Ueber den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens... (Du prolongement linguiforme du lobe droit du foie dans les affections biliaires, avec remarques sur les opérations dirigées contre les calculs biliaires), par RIEDEL (*Berlin. klin. Woch., n°* 29, *p.* 577, *et n°* 30, *p.* 602, 16 *et* 23 *juillet* 1888).

V. — Lobe du foie flottant. Calcul de la vésicule biliaire. Laparotomie exploratrice et cholécystotomie. Guérison, par TERRIER (*Progrès médical,* 18 *août* 1888).

VI. — Contribution à la chirurgie du foie, procédé pour rendre extra-péritonéale une partie de l'organe, par Mac Lane TIFFANY (*Amer. j. of med. sc., p.* 549, 1888).

VII. — Beweglichen Schnürlappen der Leber durch Laparotomie fixirt (Fixation d'un lobe pédiculé du foie par la laparotomie), par E. A. TSCHERNING (*Cent. f. Chirurg., n°* 23, *p.* 426, 1888).

VIII. — Coliques hépatiques. Calculs biliaires. Cholécystectomie, par KŒBERLÉ (*Gaz. méd. de Strasbourg,* 1er *mai* 1888).

I. — Un homme de 38 ans, atteint deux ans auparavant de coliques hépatiques, se présente avec un abcès de la paroi abdominale au point de jonction de l'épigastre et de l'hypochondre droit. Incision, issue de 140 calculs biliaire, dont plusieurs fragmentés, pas de fistule biliaire. Guérison.

L'auteur a relevé 35 cas de ce genre ; presque toujours le diagnostic de l'origine de l'abcès est resté incertain avant la sortie des calculs. La règle est que le pus n'est pas mélangé de bile : le pronostic est relativement bénin. Cependant, Maclagan a vu un cas de péritonite suraiguë par rupture de la poche purulente. H. R.

II. — Une femme de 63 ans souffrait de tous les signes de calculs biliaires depuis près de 8 ans. On se décida à l'opérer; mais, l'abdomen ouvert, on ne put trouver la vésicule. Le foie était hypertrophié, et à la place de la vésicule le foie faisait saillie, et contenait des caculs biliaires.

Stamm fit un incision sur le tissu du foie : de la bile s'écoula avec 3 cal-

culs du volume d'un pois. Une sonde enfoncée dans le canal biliaire passait librement. Pansement à la gaze iodoformée par la méthode de Mikulicz. Mort au bout de 60 heures ; l'urine avait été supprimée le second jour après l'opération.

A l'autopsie, pas de vésicule biliaire : la plaie opératoire du foie était en bon état. Dégénérescence graisseuse du cœur et des reins. M.

III. — Dans un cas de calculs biliaires, Zielewicz dut renoncer à l'extirpation de la vésicule en raison des adhérences intimes qui l'unissaient au foie ; il jeta alors une double ligature sur le canal cystique, et sectionna ce canal entre les deux fils. Le malade a guéri. C'est la première fois qu'on pratique sur l'homme la ligature du canal cystique.

Cette opération a sur la cholécystotomie simple l'avantage d'éviter les fistules biliaires; sur la cholécystectomie, celui d'être moins dangereuse.

PIERRE DELBET.

IV. — Riedel rapporte 6 observations de femmes présentant les symptômes fonctionnels de la lithiase biliaire et offrant en outre toutes un prolongement linguiforme du lobe hépatique droit descendant jusqu'à l'ombilic et 4 au-dessous ou au côté interne de ce prolongement, une tumeur constituée par la vésicule biliaire.

Sans contester qu'originairement ce prolongement ne puisse provenir de la constriction exercée sur le foie par le corset, Riedel croit qu'il se développe ultérieurement sous d'autres influences.

En effet, à la suite de la cholécystotomie, ce prolongement s'atrophie; 8 jours après l'opération, il est déjà ridé; au bout de quelques semaines, il s'est rapetissé; enfin, après quelques mois, il semble disparu.

D'autre part, on constate le même prolongement, en dehors de la cholécystite suppurée, toutes les fois qu'une tumeur inflammatoire contracte des adhérences avec un point limité du foie, ainsi que le montre une autre observation de Riedel.

Il est donc le résultat des tractions exercées sur l'organe hépatique par une tumeur en voie de développement. Maintenant, à l'origine, faut-il, pour donner naissance à ce prolongement, un étranglement de l'organe dû à la constriction des vêtements? La question ne peut être résolue que par des observations faites sur des individus du sexe masculin. Riedel n'a vu que 3 hommes atteints de calculs biliaires; aucun d'eux n'offrait le prolongement du lobe droit du foie.

Quoi qu'il en soit, ce prolongement a une valeur diagnostique dans les cas où l'on ne sent pas de tumeur formée par la vésicule, malgré la coexistence des symptômes fonctionnels de la lithiase biliaire. Riedel relate deux faits à l'appui. En effet, on constate alors de la sensibilité du ventre au-dessous du prolongement, soit spontanément, soit à la pression, et cela indique la présence d'une tumeur biliaire masquée par le prolongement.

Riedel a pratiqué 10 fois la cholécystotomie qu'il fait toujours en 2 séances (1° fixation de la vésicule à la paroi abdominale ; 2° incision); tous ses opérés ont guéri et 2 seulement ont encore des fistules.

D'autre part 3 malades non opérés ont succombé : le premier à une perforation de la vésicule dans la cavité abdominale; le deuxième à une septicémie consécutive à l'ouverture dans l'estomac et le côlon transverse d'un abcès gazeux de la vésicule, et le dernier à un cancer du côlon comprimé par la vésicule pleine de calculs.

D'après Riedel, la cholécystectomie doit être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels : 1° atrésie cicatricielle du canal cystique avec fistule secrétant abondamment ; 2° calculs tellement enchatonnés qu'on ne peut les broyer par l'ouverture de la vésicule. J. B.

V. — Une femme de 52 ans éprouvait depuis longtemps des troubles digestifs, et depuis 3 mois des douleurs violentes, surtout dans l'hypochondre et la fosse iliaque du côté droit ; on crut à un rein mobile, et de fait les douleurs, venant d'abord par accès éloignés, sont (fin mars) à peine appréciables dans la position couchée, faibles quand la malade est assise, intenses quand elle est debout, et surtout pendant la marche, avec sensation de pesanteur. L'examen du ventre montre qu'il existe une tumeur très mobile, lisse, solide, mate, voisine de la ligne droite s'étendant des côtes jusque dans la fosse iliaque. Le 8 mai, Terrier pratique la laparotomie et tombe sur le foie ; il s'agissait d'un lobe du foie très développé, descendant au-dessous de l'ombilic. Le rein est à sa place et sain. La vésicule contient un gros calcul. Terrier pratique la cholécystotomie, extrait le calcul et pratique la suture du fond ouvert de la vésicule avec la paroi abdominale. Un mois après la malade sort de l'hôpital ne portant plus qu'une très petite fistule biliaire. H. L.

VI. — Tiffany rapporte 2 observations en apparence dissemblables : l'une d'abcès du foie, l'autre de cholécystotomie pour calculs biliaires, suivies toutes deux de guérison, mais pour lesquelles il employa le même procédé de suture du péritoine pariétal au foie avant d'inciser soit le foie lui-même, soit sur la vésicule.

La suture préalable du péritoine pariétal au foie détermine une sorte de cavité localisée séparée de la grande cavité péritonéale. Il est aisé de voir, dit l'auteur, comment ce procédé peut rendre service pour arrêter une hémorragie par compression directe dans les blessures du foie, pour établir un drainage permanent dans certains cas de plaies par arme à feu, ou dans les contusions avec plaie du foie. Le procédé est tellement rapide et tellement facile qu'on peut l'employer comme moyen diagnostique. F. VERCHÈRE.

VII. — Une femme de 36 ans présentait une tumeur abdominale, mobile, dont la matité se continuait avec celle du foie, les douleurs étaient très violentes, presque continuelles, si bien que la malade passait à peu près tout son temps au lit. Une ponction exploratrice faite antérieurement n'avait rien donné. Le diagnostic étant difficile, et la malade réclamant une intervention, l'auteur fit d'abord une laparatomie extrapéritonéale. S'étant assuré que la tumeur dépendait bien du foie, il fendit le péritoine et constata qu'il s'agissait d'un lobe hépatique attenant au lobe droit. Considérant que les douleurs étaient dues à la mobilité de ce lobe anormal, et n'osant pas en faire l'extirpation, Tscherning le sutura à la paroi latérale de l'abdomen, et, pour obtenir une adhérence encore plus solide, il tamponna la plaie abdominale d'après la méthode de Mikulicz. Le résultat fut satisfaisant. Les douleurs, sans disparaître complètement, s'atténuèrent au point de permettre la marche. L'auteur pense que, dans les cas de ce genre, c'est l'hépatorraphie qui est indiquée, parce qu'elle est moins dangereuse que l'extirpation. PIERRE DELBET.

VIII. — Femme de 39 ans, atteinte depuis une dizaine d'années de coliques hépatiques, dont l'apparition coïncidait avec des grossesses ; à la huitième et à la neuvième en 1879, les accès devinrent violents en s'accompagnant d'ictère et de convulsion, et depuis 1885 ils se sont renouvelés irrégulièrement, mais avec plus d'intensité. La violence et la généralisation des douleurs étaient devenues telles que la malade réclama avec instance une opération. Elle eut lieu le 15 novembre 1886. La vésicule fut disséquée avec beaucoup

de peine et extraite; elle contenait 47 calculs de cholestérine plus ou moins volumineux : on n'en trouva aucun le long du canal cholédoque. Un suintement séro-sanguin et un écoulement de bile s'étant montrés à la suite de vomissements chloroformiques à l'angle inférieur de l'incision, il fallut enlever les points de suture, qui venaient d'être placés, et en rechercher la cause. On supposa la constriction incomplète du canal cystique, dont l'extrémité fut prise avec deux pinces hémostatiques et tordue deux fois sur elle-même. Deux autres pinces furent placées dans le sillon du foie, d'où paraissait venir le sang; drainage, réunion et pansement antiseptique. Malgré un écoulement de bile pendant une douzaine de jours, la cicatrisation survint au bout de 3 semaines et depuis un an la santé de cette femme est excellente.

OZENNE.

I. — A case where suppurating spleen was opened and drained (Suppuration, drainage de la rate), par CATON et Reginald HARRISON (*Brit. med. j., p.* 586, *mars* 1888).

II. — Ein Fall von Wandermilz (Rate flottante), par DITTEL (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 *mars* 1888).

III. — Contribution à l'histoire et à la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate, par CASANOVA et POULET (*Revue de chirurgie, n°* 3, *p.* 206, *et n°* 5, *p.* 392, 1888).

IV. — Ueber pulsirende Milztumoren (Sur les tumeurs pulsatiles de la rate), par DRASCHE (*Wiener med. Blätter, n°* 1, 1888).

V. — Zur Diagnose und Therapie der Pancreascysten, par Ant. WOELFLER (*Zeitschrift für Heilkunde, Band IX, Heft* 2, *p.* 119).

VI. — Cyst of the pancreas, par NICHOLS (*N. York med. journ., p.* 575, 26 *mai* 1888).

VII.—Ueber Pancreascysten, par KOCHER et LARDY (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er *mai* 1888).

VIII. — Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale, par Frédéric ALBERT (*Thèse de Paris, n°* 28, 1887).

IX. — Cisti da echinococco del mesentere, par Francesco CIMBALI (*Rivista clin. Bologna, n°* 10, 1887).

I. — Malade de 30 ans; début de l'affection trois mois auparavant, par des douleurs lancinantes dans les jambes et de l'œdème des membres inférieurs : étiologie très obscure ; peut-être influence d'un traumatisme antécédent.

Au moment de son admission, aspect d'un rhumatisant : gonflement des articulations qui sont douloureuses, et présence d'une endocardite mitrale; urines légèrement albumineuses. Bientôt, développement d'une sensibilité anormale de la région du flanc gauche; élévation de la température. On constate la présence d'une tumeur abdominale s'étendant des dernières côtes à l'épine iliaque supérieure gauche; matité se continuant avec celle de la rate. Les urines contiennent du pus; 8 jours plus tard, on sent de la fluctuation. Ponction aspiratrice, qui retire 19 onces de liquide de couleur chocolat. Amélioration passagère, mais retour de la tuméfaction et reproduction du liquide. Deux autres ponctions sont faites le 3 et le 17 janvier. Le 21, douleur vive abdominale et menaces de péritonite. On décide l'ouverture de la tumeur. Incision parallèle à la dernière côte, on tombe très superficiellement sur une vaste collection purulente, mêlée de lambeaux de parenchyme splénique.

Drainage, irrigations phéniquées, guérison lente : il fallut, dans le cours de l'hiver, ouvrir deux autres abcès du voisinage. H. R.

II. — Femme de 24 ans, atteinte de cystite avec hématurie. On trouve au-dessus du ligament de Fallope, du côté droit, une tumeur plus grosse que le poing, peu sensible à la pression, ayant la forme du rein et facile à refouler en haut. On admet un rein flottant. L'auteur conseille l'opération.

Laparotomie; au moment où l'auteur saisit la tumeur, syncope mortelle. L'opération a duré trois quarts d'heure.

Autopsie. — Ce n'est pas le rein droit, mais la rate, très hypertrophiée, luxée dans le bassin; il existe une triple torsion du ligament gastro-splénique. On trouve, du reste, une cysto-pyélo-néphrite chronique avec dégénérescence amyloïde du rein gauche et destruction presque complète du rein droit, de sorte que la malade devait succomber dans un bref délai.

L. GALLIARD.

III. — Le point de départ de ce travail est une intéressante observation de kyste hydatique de la rate dont le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice. Un début de grossesse obligea à surseoir à l'incision, mais, des signes manifestes de suppuration s'étant produits, Casanova et Poulet incisèrent le kyste et constatèrent l'existence de deux poches séparées remplies de pus et de débris d'hydatides ; la seconde poche fut ponctionnée avec un gros trocart par l'intérieur de la première; l'agrandissement de cette ouverture, le drainage soigneux, les lavages aseptiques amenèrent assez rapidement la guérison, la grossesse suivant toujours son cours régulier.

Les auteurs ont pu réunir dans la littérature médicale 32 cas de kystes hydatiques de la rate.

La ponction évacuatrice ne constitue pas une thérapeutique suffisante; l'extirpation présente la plus grande gravité.

L'ouverture du kyste est donc le procédé de choix; elle ne doit plus être faite avec les caustiques comme autrefois; on a aujourd'hui le choix entre deux méthodes : 1° incision en un seul temps avec suture de la poche et des feuillets péritonéaux aux bords de la plaie; 2° incision en deux temps par le procédé de Volkmann. Casanova et Poulet citent des observations dans lesquelles ces deux procédés ont donné de bons résultats. C. WALTHER.

IV. — Drasche rapporte un cas de tumeur pulsatile de la rate qu'il ajoute aux cinq cas déjà signalés par Gerhardt et Prior. C'était chez une jeune femme atteinte pour la seconde fois de rhumatisme articulaire aigu compliqué cette fois d'une pneumonie gauche; elle avait conservé de sa première attaque une insuffisance aortique très nette. La rate très hypertrophiée pouvait être sentie facilement sous le rebord costal et était animée de battements isochrones au pouls; il y avait en même temps une expansion manifeste de l'organe. Ces phénomènes disparurent au bout de douze jours.

Dans ces six cas, il y avait cinq fois une insuffisance aortique et une fois une hypertrophie simple du cœur; en même temps, il y avait une affection fébrile, soit une péricardite, soit une pneumonie ou une fièvre typhoïde; une seule fois, il y avait infection paludéenne. BARBE.

V. — Une jeune femme, ayant avalé par mégarde un médicament destiné à l'usage externe, vit se développer à la partie droite de l'épigastre un kyste dû à l'oblitération du canal de Wirsung. L'auteur l'a opérée avec succès malgré une gangrène consécutive à l'opération et due au peu de vitalité des parois de la poche.

Il rejette la ponction, même exploratrice, à cause de la friabilité des parois et de la difficulté d'éviter l'estomac; il conseille uniquement l'incision du

kyste, après avoir traversé le ligament gastro-colique et la suture des bords de l'ouverture à la paroi abdominale.

Les signes fonctionnels sont peu utiles pour le diagnostic; la composition du liquide n'est pas pathognomique. W. s'est basé surtout sur les signes physiques pour faire ce diagnostic qu'on n'avait encore jamais posé. LEFLAIVE.

VI. — Homme de 49 ans, souffrant depuis 12 ans de douleurs vives à l'épigastre, survenant par crises tous les 2 ou 3 mois. Parfois des douleurs atroces au membre supérieur droit qui s'est atrophié.

Depuis 7 ans, le malade a, pendant certaines périodes, des vomissements marc de café. Il y a 3 ans, on a découvert une tumeur abdominale et constaté dans l'urine une grande quantité de sucre. Le malade a refusé la ponction. Conservation de l'appétit, mais émaciation progressive. Mort à la fin de février 1887.

A l'autopsie, kyste du pancréas occupant une grande partie de la cavité abdominale, à contenu séreux. Adhérences multiples. L. GALLIARD.

VII. — Homme de 37 ans, à la suite de violents accès de coliques, voit se développer une tumeur abdominale.

Au milieu de juin, vomissements profus avec symptômes passagers d'étranglement interne; puis alternatives de parfaite santé et de vomissements.

Le 25 novembre 1887, ponction exploratrice, qui montre la présence d'une grosse tumeur au milieu de la partie supérieure de l'abdomen. Le liquide retiré a l'aspect du sang; le microscope y révèle de nombreuses hématies intactes, une assez grande quantité de globules graisseux avec par-ci par-là des blocs d'hématoïdine et des cristaux de cholestérine; aucune cellule épithéliale ni endothéliale. Cette ponction fut suivie de phénomènes manifestes de péritonite qui durèrent huit jours.

Le 6 décembre, Kocher constate une tumeur arrondie, très fluctuante s'étendant de l'épigastre jusqu'à mi-hauteur entre l'ombilic et la symphyse. En avant de celle-ci, on sent un cordon qui s'étend d'un rebord costal à l'autre, en décrivant un arc convexe en bas. L'insufflation rectale distend manifestement le cordon qui n'est donc que le côlon transverse placé en avant de la tumeur. Quand on distend artificiellement l'estomac, on en reconnaît la présence dans l'hypocondre gauche, également en avant de la tumeur. Selles un peu difficiles mais de coloration normale; quelques vomissements après les repas. Urine normale.

Kocher diagnostique un kyste pancréatique, et l'opère le 30 décembre. Le kyste, placé directement au-dessous, avait une surface lisse et une teinte bleuâtre. Après l'avoir fixé aux angles supérieur et inférieur de la plaie, Kocher l'ouvre avec la gros trocart de Spencer Wells. Une fois le contenu évacué, il agrandit l'ouverture et suture les parois du kyste à la paroi abdominale. Il était sorti une dizaine de litres d'un liquide rouge foncé et visqueux.

La face interne du kyste était assez lisse, de coloration jaunâtre et n'offrait aucune tendance aux hémorragies. Le kyste vidé se rétracta si rapidement et si complètement qu'il fut impossible d'en préciser plus exactement le siège, la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée.

La plaie se réunit par première intention. (*R. S. M.*, XX, 687; XXII, 699; XXVII, 678; XXX, 461. J. B.

VIII. — Albert a rasssemblé dans ce travail huit observations de kystes multiples de la cavité péritonéale. Il conclut de cette étude : Les kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale doivent être distingués de la coexistence simple de plusieurs kystes (2 ou 3).

Ils forment une maladie de tout le péritoine et offrent les signes de l'encombrement abdominal par des tumeurs multiples.

Ils doivent être diagnostiqués d'avec les maladies généralisées à tout le péritoine.

Ils occupent surtout le grand épiploon et la cavité pelvienne.

Affection distincte des kystes simples ou doubles au point de vue clinique, ils méritent également un traitement différent.

Les méthodes curatives des kystes simples ne sont que palliatives pour des kystes multiples.

La méthode curative véritable des kystes multiples est la laparotomie suivie de l'ablation la plus complète de ces kystes.

L'auteur rapporte parmi ses observations quatre cas de laparotomie. L'opération toujours longue et laborieuse peut rester incomplète, à cause du trop grand nombre de kystes à enlever; mais, si cette ablation totale a été possible, on peut obtenir la guérison radicale. C. VALTHER.

IX. — Un garçon de 18 ans, d'une excellente santé, prend un bain dans le Tibre et ressent, à la suite, une douleur abdominale intense. Bientôt se déclarent des signes de péritonite subaiguë, tympanite, vomissements, tuméfaction avec rénitence abdominale : en même temps, s'allume une fièvre à type irrégulier. Le malade tombe dans état d'abattement profond, de collapsus et de dépérissement progressif. Incision de la paroi abdominale au point saillant; issue de deux litres d'un liquide jaunâtre, onctueux au toucher : on sent une poche s'étendant de la région rénale à la fosse iliaque à parois indurées et crétifiées. Contre-ouverture au milieu du flanc droit et drainage. Les jours suivants, hémorragie en nappe; puis écoulement de matière fécale par le kyste.

L'autopsie révèle un volumineux kyste hydatique du mésentère, à parois tapissées de concrétions calcaires : perforation du côlon ascendant, péritonite diffuse, surtout marquée au niveau du foie. H. R.

I. — Relapsing typhlitis treated by operation, par Frederick TREVES (*Brit. med. journ.*, *p.* 351, *février* 1888).

II. — Morbid anatomy of peri-cœcal inflammation, par MUSSER (*Journ. of americ. Assoc.*, *X*, *p.* 69, 1888).

III. — The appendix vermiformis, its function, pathology and treatment, par Henry H. SMITH (*Americ. med. Assoc.*, 8 *mai* 1888).

IV. — The diagnosis of peri-cœcal abscess and its treatment, par Thomas G. MORTON (*Ibidem*).

V. — The appendix vermiformis, its function, par Mac Fadden GASTON (*Ibidem*).

VI. — *Idem*, **par PEPPER** (*Ibidem*).

VII. — *Idem*, **par J. RANSOHOFF** (*Ibidem*, 9 *mai*).

VIII. — A case of typhlitis with perforation, par S. L. MAC MURTRY (*Ibidem*).

IX. — The relation of perforating inflammation of the vermiform appendix to perityphlic abscess, par FITZ (*N. York med. journ.*, 12 *mai* 1888).

X. — Laparotomy for typhlitic abscess, recovery, par KIBLER (*N. York med. Record*, *p.* 633, *juin* 1888).

XI. — Removal of the vermiform appendix, par NANCREDE (*Philad. Acad. surgery*, 1er *octobre* 1888).

XII. — Recovery after laparotomy for peritonitis, par H. B. SANDS (*N. York med. journ.*, 25 *février* 1888).

I. — Treves pose en principe que, dans la majorité des cas de typhlite à répétition, c'est l'appendice iléo-cæcal qui est le point de départ des accidents, et qu'il s'agit presque toujours d'une péritonite enkystée autour d'une ancienne ulcération ou d'une perforation circonscrite. Les statistiques de Fitz montrent que, 11 fois sur 100, la typhlite s'accompagne de plusieurs rechutes. Dans ces conditions, l'auteur pense que l'indication rationnelle de traitement est de faire la laparotomie et la résection de l'appendice : opération radicale qui est presque toujours suivie de succès. (Discussion à la Société chirurgicale de Londres.) H. R.

II à VIII. — Après avoir rappelé que, depuis Treves, on admet que le cæcum se trouve le plus souvent, non point dans la fosse iliaque, mais sur le psoas ou dans le bassin, et qu'il est, en général, totalement recouvert de péritoine, Musser, décrivant les abcès consécutifs à l'inflammation de l'appendice, leur reconnaît trois localisations plus fréquentes, en rapport avec le siège du cæcum : l'abcès siège soit dans la fosse iliaque droite, au-dessus du ligament de Poupart, soit derrière le cæcum, soit dans le bassin : les parois de l'abcès sont, par suite, de constitution variable. Les intestins agglutinés peuvent constituer toute la paroi. L'inflammation péri-cæcale est le plus souvent due à l'inflammation, l'ulcération, la rupture de l'appendice avec abcès secondaire : le siège de l'abcès est déterminé par le siège de l'appendice placé en arrière du cæcum.

W. Pepper insiste sur la fréquence des maladies de l'appendice qu'il a trouvé altéré dans une proportion de 33 0/0, dans 300 autopsies, sans qu'il y ait eu une histoire de typhlite. Les inflammations péri-cæcales se peuvent diviser en deux classes : dans la première, l'affection est limitée aux parois du cæcum, le tissu péri-cæcal et l'appendice ne sont que faiblement atteints : la douleur, symptôme initial, est peu vive, sans collapsus, accompagnée souvent de nausées ou vomissements, avec élévation progressive de la température. La fosse iliaque, très sensible, est le siège d'induration, et oblige souvent au décubitus dorsal et à la flexion de la cuisse. Dans l'autre classe, il y a perforation de l'appendice : c'est en pleine santé qu'éclatent les accidents (car les lésions qui ont préparé et déterminé la perforation peuvent passer inaperçues) : douleur intense, souvent cause de collapsus, puis développement rapide de la péritonite. La fosse iliaque, jusqu'à l'ombilic, est douloureuse. Dans ces cas, il n'y a ni induration, ni tumeur. Les vomissements sont moins fréquents que dans la classe précédente, et la constipation moins opiniâtre. L'exploration rectale est des plus utiles pour le diagnostic, surtout lorsque, le pus ayant fusé vers le petit bassin, l'exploration de la fosse iliaque est négative.

Th. Morton admet ces divisions cliniques : à la forme chronique correspondent les cas dans lesquels l'appendice est enkysté, de sorte que, lorsque survient la perforation, le contenu de l'appendice s'épanche dans une cavité isolée de la cavité péritonéale; dans la forme aiguë,

l'épanchement de lymphe a été insuffisant pour isoler l'appendice, et alors la péritonite s'est généralisée, ou bien l'ulcération et la perforation ont été trop rapides pour que la lymphe ait eu le temps de former une barrière au pus.

Fadden Gaston attribue à l'appendice un rôle physiologique important : par ses sécrétions, il empêche la décomposition du contenu de l'intestin, durant son trajet dans le côlon.

Th. Morton étudie ensuite le traitement : une minime quantité de pus, si proche du péritoine, fait courir au patient plus de risques qu'une laparotomie faite pour lui donner issue : d'où indication d'opérer sitôt que le pus a été diagnostiqué, et même sans diagnostic précis. L'incision latérale doit être préférée à l'incision médiane : elle permet un accès plus facile sur la lésion.

W. Keen admet l'incision latérale pour la majorité des cas : mais pour les perforations de l'appendice, avec péritonite généralisée, mieux vaut l'incision sur la ligne blanche, qui permet une exploration plus étendue et donne moins de sang. A son tour, Keen insiste sur la nécessité de l'exploration rectale : mais contrairement à Musser, au lieu de faire une ponction par le rectum, lorsqu'on a découvert du pus dans le petit bassin, il pratiquerait la laparotomie qui seule permettrait une intervention complète (résection de l'appendice, suture de la perforation). MAUBRAC.

IX. — En pratique, typhlite, périty phlite, tumeur et abcès périty phliques, tout cela signifie inflammation de l'appendice vermiforme, dont le danger capital est la perforation. La perforation, dans la grande majorité des cas, détermine une péritonite suppurée circonscrite avec tendance à la généralisation.

D'après les résultats des opérations chirurgicales et des autopsies, l'auteur montre que, dès le début, l'abcès périty phlique est une péritonite circonscrite, et que l'abcès est intrapéritonéal; quand les adhérences qui le limitent sont fermes, il y a tumeur; quand elles sont lâches, tuméfaction seulement. Mais on ne peut prouver l'existence, à ce moment, de l'abcès extrapéritonéal admis par Sands.

De même, pendant la seconde semaine, l'abcès est intrapéritonéal; il n'y a donc pas avantage à retarder l'intervention. Il faut opérer pendant la première semaine ou plutôt dans les quatre premiers jours.

L. GALLIARD.

X. — Jeune homme de 14 ans, se plaint de constipation; il a quelques frissons, puis une douleur dans la région inguinale droite, s'irradiant dans les reins et le testicule. Bientôt des signes de péritonite généralisée se montrent. Laparotomie. Incision au-dessus du ligament de Poupart; il s'écoule 5 pintes de pus fétide; lavage au sublimé. L'examen du cæcum montre une perforation de l'appendice qui contient des grains de raisin cause de la perforation. Sutures et drainage pendant huit jours, purgatif le quatrième jour. Guérison.

P. DUFLOCQ.

XI. — Jeune fille de 17 ans; dans un effort, sensation de douleur aiguë dans la fosse iliaque droite; vomissements, superpurgation qui font croire à du choléra. Ces symptômes aigus s'apaisent, et quand Nancrede voit la malade, quarante-huit heures après, il trouve de la fièvre, de l'empâtement de la fosse iliaque, de la rétraction de la cuisse. Laparotomie; péritonite avec flot de pus; calcul dans l'appendice vermiforme au niveau duquel se trouvent les foyers principaux de pus et une petite tache brunâtre; ligature au-dessous du calcul et ablation de l'appendice. A. C.

XII. — La péritonite traitée par l'ouverture du ventre et guérie était consécutive, dans ce cas, à la rupture de l'appendice vermiforme.

Un jeune garçon (l'âge n'est pas indiqué) éprouve, le 28 décembre, une douleur assez vive au niveau de la fosse iliaque droite ; pendant la nuit, cette douleur s'exaspère, il y a des vomissements.

Le 29, ventre douloureux à la pression, un peu tympanisé. T. 102°,4. P. 120. Diagnostic, périty phlite. Lavement tiède, morphine, cataplasme.

Le 30, P. 130. T. 101°,6. Le tympanisme augmente, matité dans la fosse iliaque droite. Pas de douleurs ni de vomissements. A midi, on ne provoque de souffrance qu'en palpant la fosse iliaque. Pas de tumeur. Cependant l'auteur diagnostique une péritonite septique par perforation de l'appendice.

A 4 heures, laparotomie. Incision verticale de 4 pouces sur les limites de la région iliaque, prolongée en haut de 3/4 de pouce parallèlement au ligament de Fallope. Œdème sous-cutané ; épaississement du péritoine qui est incisé ; il s'écoule une once de pus fétide. Péritonite intense, mais non généralisée ; pas d'adhérences des anses intestinales. Près du cæcum, on trouve dans le péritoine deux petites boules fécales dures provenant de l'appendice perforé. Excision des bords de la perforation, suture à l'aide de trois fils de soie. Irrigation avec l'eau chaude et la solution de sublimé au 1/1000. Suture de la partie supérieure de la plaie abdominale aux fils d'argent. La partie inférieure, béante, est saupoudrée d'iodoforme. Pansement iodoformé.

Immédiatement après l'opération, l'amélioration est notable. T. 98°,5. Le pouls se ralentit. Le cinquième jour, on renouvelle le pansement, puis on le change tous les jours ; la plaie suppure à peine et se ferme rapidement, sans qu'on puisse noter de tendance à la hernie. Guérison complète.

L. GALLIARD.

I. — Zur Diagnostik der Abdominaltumoren (Du diagnostic des tumeurs abdominales par la distension artificielle de l'estomac et de l'intestin), par O. MINKOWSKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 617, 30 *juillet* 1888).

II. — De quelques phénomènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen, par H.-H.-J. BENTÉJAC (*Thèse de Paris*, *n°* 287, 1888).

III. — Seconde série de 1,000 cas consécutifs de laparotomie, par Lawson TAIT (*Bull. méd.*, 7 *novembre* 1888).

IV. — Ueber eine Todesursache... (Cause de mort peu connue à la suite de laparotomies dans lesquelles on a sorti la masse intestinale de la cavité abdominale), par OLSHAUSEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 386, 7 *mai* 1888).

V. — De la septicémie intestino-péritonéale, par F. VERCHÈRE (*Revue de Chirurgie*, *n°* 7, *p.* 559, 1888).

VI. — An experimental contribution to intestinal surgery (treatment of intestinal obstruction), par Nicholas SENN (*Annals of surgery*, *vol. VII*, *n^os* 1, 2, 3, 4, 5, 6, 1888).

I. — Les conclusions de l'étude de Minkowski sont basées sur l'exploration de 110 tumeurs abdominales dont 27 de l'estomac, 22 du foie, 3 de la vésicule biliaire, 17 des reins, 16 de la rate, 11 de l'intestin, 8 de l'épiploon, etc.

D'une manière générale, on peut dire que, sous l'influence de la distension de l'estomac ou de l'intestin, les tumeurs tendent à regagner l'emplacement occupé normalement par l'organe dont elles dépendent.

1° Les tumeurs du *foie* sont refoulées en haut et à droite quand on distend l'estomac; le bord antérieur du foie devient alors seulement reconnaissable à la palpation. Le refoulement à droite ne manque que si l'augmentation de volume du foie est très considérable et s'étend loin dans l'hypocondre gauche. A la suite de la distension du gros intestin, le plus souvent on ne note qu'une ascension du foie. Lorsqu'enfin il s'agit de tumeurs hépatiques remplissant la plus grande partie de la cavité abdominale, ni la distension de l'estomac ni celle de l'intestin ne réussissent à changer leur situation.

2° Les tumeurs de la *vésicule biliaire* subissent les mêmes effets. La distension de l'intestin, en les refoulant en haut et en avant contre la paroi abdominale antérieure, fournit un moyen de diagnostic très précieux pour les distinguer des tumeurs rénales.

3° Les tumeurs de la *rate* sont refoulées à gauche et souvent aussi un peu en bas quand on distend l'estomac, tandis quelles sont déplacées en sens inverse par la distension de l'intestin. La distension artificielle de l'estomac est fort utile quand il s'agit de savoir si une tumeur de l'hypocondre gauche tient à la rate ou au lobe gauche du foie.

4° Les tumeurs de *l'estomac* sont faciles à reconnaître, après la distension de cet organe, lorsqu'elles siègent sur la paroi antérieure et le long de la grande courbure. Il n'en est plus de même quand il s'agit de tumeurs circonscrites de la région pylorique, qui sont refoulées alors à droite et en haut, tout comme des tumeurs du côlon transverse et du grand épiploon. Pour les distinguer des tumeurs de ces deux organes, il faut pratiquer la distension du gros intestin qui refoule simplement en haut les tumeurs gastriques. Quant aux tumeurs de la petite courbure, lorsqu'elles n'adhèrent pas au foie, la distension de l'intestin comme celle de l'estomac tend à les repousser d'abord en haut puis dans la profondeur.

Les tumeurs qui occupent en même temps le foie et le grand épiploon se trouvent nettement séparées en deux par l'estomac ou le côlon distendu artificiellement.

5° Tumeurs du *gros intestin*. La distension de l'intestin les fait paraître plus larges en même temps qu'elle gêne souvent leur délimitation en longueur. Quand on distend l'estomac, les tumeurs du côlon transverse s'abaissent et peuvent ainsi être confondues avec des tumeurs de l'estomac; pour les en distinguer, on recourra à la dilatation de l'intestin qui les abaisse aussi contrairement aux tumeurs de l'estomac.

6° Les tumeurs du *grand épiploon* sont repoussées en bas aussi bien par la distension de l'intestin que par celle de l'estomac; mais la distension de l'intestin les rapproche en outre de la paroi abdominale antérieure.

7° Tumeurs des *reins*. Leur situation n'est guère modifiée par la distension de l'estomac qui souvent les rend mieux appréciables, tandis que, dans des cas rares, elle les fait complètement disparaître. Quand on distend l'intestin, le rein est d'abord refoulé en haut, puis devient de moins en moins reconnaissable à la palpation et enfin plonge dans la profondeur. Lorsque la tumeur rénale est très volumineuse, la distension de l'intestin ne la fait pas entièrement disparaître. Il n'y a que son bord interne qui devient moins perceptible, puis la tumeur est repoussée en dehors et en arrière et souvent on reconnaît la présence du côlon le long de son

bord interne. Quand il s'agit d'un rein flottant ou d'une tumeur rénale mobile, la distension de l'intestin provoque une tumeur manifeste de la région lombaire, qui ne se produit jamais près des tumeurs d'autres organes.

8° Le seul cas de tumeur du *pancréas* (kyste) exploré par ce procédé a été pris pour une tumeur du rein gauche.

9° Les tumeurs des *ovaires*, à la suite de la distension de l'intestin, sont repoussées en avant, un peu en haut et vers le côté correspondant à l'organe malade. J. B.

II. — Des phénomènes, en général d'origine réflexe, tels que vomissements, météorisme, troubles cardio-vasculaires, dyspnée, qui sont communs, et hyperthermie qui est beaucoup plus rare, peuvent s'observer à la suite des opérations qui intéressent le péritoine.

Bentéjac (qui peut ainsi faire confondre deux affections différentes) désigne sous le nom de *péritonite réflexe* l'ensemble de ces troubles nerveux sans que l'autopsie révèle rien des lésions de la péritonite.

F. VERCHÈRE.

III. — Voici le détail de cette 2e série de 1,000 laparotomies; la 1re série, publiée il y a quatre ans, donnait une mortalité de 9,2 0/0 qui est descendue à 5, 3 0/0 pour des opérations fort complexes, de tout genre et sans cas choisis.

Incisions exploratrices	53	2 morts.
Kystes parovariens	24	1
— un seul ovaire	158	6
— deux ovaires	78	2
— du ligament large	12	0
Ablation des annexes utérines		
— pour myomes	148	3
— pour mal. inflammatoires	263	9
— pour difformités	2	0
Hystérectomies	88	10
Abcès pelviens	6	0
Hépatotomie	5	1
Cholécystotomie	28	2
Néphrectomie	12	2
Néphrotomie	24	1
Grossesse tubaire rupturée	28	1
Hydatides du péritoine	4	0
Tumeurs de l'épiploon	2	0
Entérotomie	11	2
Péritonite suppurée	26	4
— pueppérale	4	3
Cure radicale de hernies	9	0
Amputation d'utérus gravide	3	0
Tumeur des parois abdominales	1	0
Résection du cæcum, cancer	1	1
Périty phlite, ablation de l'appendice	2	0
Opérations incomplètes	6	3
Cholélithotomie	2	0 A. C.

IV. — Olshausen a observé 2 cas de mort à la suite de laparotomies, sans pouvoir leur attribuer d'autre cause qu'une paralysie intestinale provoquant des symptômes d'étranglement interne et entraînant la mort par suite de la résorption du contenu décomposé du tube digestif. L'exposition prolongée des intestins à l'air amène, en outre des troubles circulatoires, consistant en stase veineuse, imbibition séreuse des parois intestinales et formation d'ecchymoses.

Olshausen insiste sur ce qu'ici il ne s'agissait pas de septicémie. J. B.

V. — L'auteur décrit, sous le nom de septicémie *intestino-péritonéale*, un ensemble de phénomènes qu'on peut observer après toute lésion de l'abdomen accidentelle ou chirurgicale. Ces phénomènes précoces et caractéristiques consistent en : un météorisme très rapide et considérable, une altération profonde des traits, une indolence abdominale absolue, une rétention plus ou moins accentuée des gaz et des matières, souvent des vomissements bilieux, parfois fécaloïdes ; anorexie absolue ; soif intense. La température reste normale ou au-dessous de la normale pendant tout le cours de l'affection, jusqu'aux moments qui précèdent la mort ; le thermomètre monte alors brusquement à 39°,5 ou 40°. Le pouls est petit et très fréquent.

Cette affection évolue rapidement en 8, 10, 12 jours ; parfois dans les 3 ou 4 premiers jours, il n'y a d'autres phénomènes que le facies abdominal, le météorisme et la constipation. Puis les accidents graves éclatent brusquement et se terminent par la mort.

Les lésions diffèrent absolument de celles de la péritonite ; on trouve seulement une rougeur vive du péritoine, parfois un peu d'épanchement, brunâtre, fétide, quelquefois des gaz ; distension intestinale considérable ; putréfaction très rapide.

Les accidents sont dus sans doute à la résorption par le péritoine des produits septiques de l'intestin. Ils sont identiques à ceux qu'on observe dans toute occlusion intestinale, hernie étranglée ou étranglement interne ; au début, les phénomènes de péritonisme suivent le traumatisme, puis déterminent soit une paralysie de l'intestin, soit une occlusion mécanique par coudure de l'intestin météorisé ; dans tous ces cas, il y a probablement filtration des micro-organismes contenus dans l'intestin à travers les parois distendues, puis résorption par le péritoine des produits septiques. L'auteur en rapporte une intéressante observation bactériologique dans un cas de hernie étranglée.

Le diagnostic est évident dans la plupart des cas et ne saurait prêter à aucune confusion avec la péritonite.

Les indications thérapeutiques découlent naturellement de la connaissance de la cause première de l'affection. C. WALTHER.

VI. — Travail volumineux (85 pages) basé sur 150 expérimentations, lu au Congrès de Washington, 1887. En voici les conclusions :

L'opération idéale pour l'obstruction intestinale doit remplir deux indications principales : 1° enlever la cause de l'obstruction ou la rendre inoffensive ; 2° rétablir immédiatement la continuité de l'intestin pour éviter — sauf le cas de cancer rectal inopérable — l'établissement d'un anus artificiel « qui, actuellement, en bonne chirurgie, est chose blâmable ».

Le rétrécissement par entérectomie partielle et suture longitudinale

devient une source de dangers lorsque la lumière de l'intestin est réduite de plus de moitié : quant à la suture longitudinale pratiquée sur le bord mésentérique, elle est invariablement suivie de gangrène.

La cause immédiate de la gangrène, dans la constriction circulaire d'une anse d'intestin, est due à l'obstruction de la circulation veineuse, et débute le plus souvent en un point très éloigné de la cause de l'obstruction. Sur le bord convexe, une perte de substance d'un pouce de dimension peut être fermée par une suture transversale, mais sur le bord mésentérique, cette suture expose à l'obstruction par flexion de l'intestin, et à la gangrène avec perforation.

La flexion, même aiguë, ne peut guère donner lieu aux signes d'obstruction, à moins que l'intestin, au point fléchi, ne soit plongé dans une masse inflammatoire qui empêche la dilatation compensatrice de se produire.

Chez les animaux en expérience, malgré une double et triple torsion, les parois de l'intestin ont progressivement cédé, le trouble vasculaire a été de courte durée et les accidents d'obstruction nuls.

L'accumulation du contenu intestinal au-dessus du siège de l'invagination est le facteur principal qui empêche la réduction spontanée, et détermine la gangrène du segment invaginé et la perforation de l'intestin. De ces expériences, il résulte aussi que le danger augmente en raison de la hauteur du siège de la lésion, et que la forme iléo-cœcale est la moins dangereuse et celle où la réduction est le plus fréquente. L'injection d'eau par le rectum ne doit être faite que lorque l'invagination est au-dessous de la valvule iléo-cœcale, et dans les premiers jours avant la production d'adhérences solides.

Lorsque la résection du petit intestin excède la moitié de la longueur de cet organe, le marasme en résulte constamment par digestion et absorption insuffisantes : la portion restante de l'intestin s'hypertrophie, mais son activité fonctionnelle reste insuffisante. L'excision étendue du côlon (3 cas) est suivie de mort par choc.

En procédant différemment, en abouchant le segment supérieur de l'intestin grêle en un point inférieur, et supprimant ainsi sur une longueur plus ou moins considérable de l'intestin ses fonctions, *sans l'exciser*, les résultats, pour des raisons mal connues, sont différents : point d'hypertrophie compensatrice, point de voracité comme dans les cas d'excision... Cette exclusion physiologique de l'intestin, moins dangereuse que l'excision, pourra être utilisée dans certains faits pathologiques.

La suture circulaire a trois grandes sources de danger : la perforation au point libre de péritoine ; la durée de l'opération; le grand nombre de sutures. Senn pare à ses dangers en suturant le péritoine détaché de sa limite au mésentère, couvrant ainsi de péritoine le bord supérieur de la plaie intestinale, et en pratiquant la suture par un procédé à lui particulier, et que nous ne pouvons que signaler ici.

Dans le but de connaître le bout supérieur du bout inférieur, Senn a contrôlé la découverte de Nothnagel (les sels de potasse, en contact avec la surface séreuse de l'intestin, déterminent une constriction circulaire, les cristaux de sel commun déterminent un péristaltisme ascendant quand ils sont mis en contact avec la surface péritonéale) et sur

16 cas, il a trouvé 15 fois que les faits étaient tels que l'avait dit Nothnagel.

Pour les anastomoses intestinales et les greffes épiploïques, également étudiées dans ce mémoire, voir *R. S. M.*, XXXII, 241. MAUBRAC.

I. — The results of laparotomy for acute intestinal obstruction, par Farquhar CURTIS (*Annals of surgery, p.* 329, *mai* 1888).

II. — Reports of cases of intestinal obstruction treated by laparotomy, par W. BULL (*N. York med. record, p.* 205, *février* 1888).

III. — Zur Frage der operativen Behandlung der Darminvagination (Traitement opératoire de l'invagination intestinale), par Meinhardt SCHMIDT (*Cent. f. Chir.*, *n°* 1, *p.* 1, 1888).

IV. — A case of acute intestinal obstruction... (Obstruction intestinale due à la présence d'une anse diverticulaire ; guérison par la laparotomie), par F. MAC GILL (*Brit. med. j., p.* 72, *janvier* 1888).

V. — Intestinal obstruction : volvulus of the cœcum, par WALSHAM (*Brit. med. j., p.* 353, *février* 1888).

VI. — Darmsteine als Ursache des Ileus (Concrétions intestinales comme cause d'obstruction), par H. FISCHER (*XVIIe Congrès des chir. all., Cent. f. Chirurg.*, *n°* 24, *p.* 52, 1888).

VII. — The diagnosis and treatment of ruptured intestine without external wound, par Mayo ROBSON (*Brit. med. j., p.* 352, *février* 1888).

I. — C'est à la méthode statistique que s'adresse Curtis pour juger la laparotomie dans l'obstruction intestinale aiguë. Les cas d'obstruction aiguë soigneusement recueillis depuis 1873 sont au nombre de 328 avec 102 guérisons et 226 morts. Le taux élevé de mortalité est dû surtout au retard apporté à l'opération ; et dans un tableau l'auteur montre bien que l'état général ne varie que peu au moment de l'opération. C'est quand les symptômes sont très aigus que l'opération est pratiquée le plus tôt, et quand les signes sont subaigus. On attend que les patients soient dans le même état de collapsus que dans les cas aigus. Un autre tableau nous montre les causes de la mort dans chacune des variétés de l'obstruction intestinale aiguë, et en particulier nous trouvons que, chez 101 malades, les conditions générales étaient déplorables et que 8 étaient moribonds au moment de l'intervention ; 41 avaient de la péritonite, ou de la gangrène de l'intestin au moment de l'opération. Dans 28 cas, la cause de l'obstruction ne put être trouvée ou levée, et dans 11 cas l'absence des détails ne permet pas de connaître la cause de la mort. Restent 45 cas de mort, dont 13 dus au choc, 17 à la septicémie, 12 dont la cause est incertaine, mais survenus dans les 24 heures après l'opération, et probablement dus au choc et à l'épuisement. Enfin, dans 3 cas, la longueur de l'opération peut être invoquée comme cause de mort. Ces tableaux montrent encore que le point essentiel est d'enlever la cause de l'obstruction, car sur 247 cas dans lesquels cela fut fait, la mortalité fut de 62, 7 0/0 et dans 74 cas dans lesquels l'obstacle ne fut pas levé, la mortalité fut de 86, 4 0/0.

Voici maintenant les résultats d'après le mode de traitement employé : si l'intervention se borne à lever l'obstacle, la mortalité est de 56, 4 0/0

(d'après 186 cas) ; s'il est nécessaire d'établir un anus artificiel, la mortalité s'élève à 66 0/0 (d'après 15 cas), enfin si on veut suturer la blessure d'intestin, la mortalité monte à 86, 6 0/0 (d'après 45 cas). Dans ces deux dernières classes, 19 0/0 des morts sont dues à la septicémie opératoire, et 23 0/0 sont dues à la durée de l'opération et au choc.

L'auteur conclut : Le taux élevé de la mortalité est dû surtout au mauvais état du patient au moment de l'opération trop longtemps différée.

MAUBRAC.

II. — Bull rapporte cinq cas d'obstruction pour lesquels il fit la laparotomie. Les deux premiers sont des étranglements par brides. Le troisième et le quatrième concernent un cancer de l'S iliaque; le dernier, un cancer du rectum. Deux morts, les malades du premier et du cinquième cas.

Il conclut qu'il ne faut pas s'attarder longtemps aux mesures médicales; il est inutile de perdre son temps à raffiner le diagnostic.

Y a-t-il obstruction? Voilà l'important. Et alors faire la laparotomie.

Dans les cas aigus, il faut opérer dès les 24 premières heures, si l'on veut être presque assuré du succès. Pour les cas chroniques, on peut attendre et c'est la persistance des douleurs, des vomissements qui commande l'intervention. P. DUFLOCQ.

III. — Schmidt a observé une invagination de la partie inférieure de l'iléon chez une petite fille de 10 ans. Pendant cinq jours, il y eut des selles abondantes : les vomissements étaient rares, et manquaient des journées entières. Le septième jour, il était trop tard pour faire la laparotomie. L'anus artificiel n'empêcha pas la malade de succomber dans la nuit.

Treves à déjà signalé que, dans l'invagination la constipation absolue est rare, et que les vomissements n'apparaissent que tard. L'auteur, en s'apuyant sur ces faits, pense qu'il ne faut pas pour opérer attendre que le tableau de l'obstruction soit au complet, ainsi que Braun a recommandé de le faire. Pour avoir chance de pouvoir désinvaginer l'intestin, il faut, comme le conseille Treves, faire la laparotomie dans les 24 ou au plus tard dans les 48 premières heures. Au lieu d'attendre que le tableau de l'obstruction se complète, il faut considérer que les selles sanglantes et le commencement du météorisme indiquent formellement l'opération.

P. D.

IV. — Homme de 30 ans, présentant des signes d'obstruction intestinale à marche subaiguë depuis 9 jours, et un état grave. Incision sur la ligne blanche, exploration méthodique infructueuse de l'intestin : agrandissement de l'incision et issue des intestins hors de la cavité abdominale. On reconnaît alors le point de l'obstruction qui siège au niveau d'une anse diverticulaire insérée par une bride au fond de la vessie. L'obstacle au cours des matières était l'intestin, tordu sur lui-même au-dessous de cette anse adventice. La réduction de l'intestin fut faite, on ne toucha pas à l'anse diverticulaire. Mais il fut très difficile de faire rentrer la masse intestinale dans le ventre et de suturer la paroi. La nuit et le jour suivant, il fut au plus mal : un lavement laxatif, en amenant des gaz et des évacuations, fut le point de départ de l'amélioration. Le malade guérit en trois semaines.

L'auteur insiste sur la présence insolite d'un diverticulum de Meckel, inséré sur le fond de la vessie, et sur le mécanisme peu commun d'un volvulus s'étant fait aux dépens de ce diverticulum. Il concède que l'issue des intestins hors de la cavité abdominale ajoute beaucoup au danger

de l'opération, mais c'est parfois le seul moyen de découvrir et de lever l'obstacle. Il faut opérer vite, c'est pourquoi il n'a pas touché à l'anse diverticulaire, se contentant de dénouer le volvulus. Enfin, il condamne l'opium et la méthode d'immobiliser les intestins, et recommande les purgatifs pour débarrasser les anses intestinales de leur contenu et surtout de leurs gaz. H. R.

V. — Homme de 63 ans; début, en pleine santé, d'une douleur violente, suppression des garde-robes, vomissements, sans collapsus. Il reste ainsi à l'hôpital six jours sans accidents sérieux, puis brusquement tombe dans un état grave et vomit des matières stercorales, sans qu'on puisse faire un diagnostic certain. Incision sur la ligne médiane, opération de l'anus contre nature par le procédé de Nélaton, mais soulagement incomplet, issue d'une petite quantité de gaz et de matières. A l'autopsie, on trouve une malformation du gros intestin qui avait la forme d'un U à concavité supérieure, il n'y avait ni côlon ascendant ni côlon transverse : le cæcum était sur la ligne médiane, contigu à la colonne vertébrale : il était le siège d'un volvulus spontané. H. R.

VI. — Fischer rappelle que des calculs biliaires volumineux peuvent traverser les voies biliaires dilatées sans déterminer de symptômes, et causer une obstruction intestinale. En dehors de ces faits, l'auteur a observé trois cas de calculs intestinaux formés de couches concentriques de chaux, de magnésie et de matières fécales durcies. Ces pierres intestinales avaient déterminé des périty phlites, et elles furent trouvées au cours d'opérations destinées à fermer les fistules. PIERRE DELBET.

VII. — Après avoir montré que dans les premières heures de l'accidents les phénomènes de choc et de péritonisme masquent complètement la symptomatologie normale des plaies intestinales, et que, d'autre part, c'est de suite qu'il faut agir avec quelque chance de succès, si l'intestin est réellement blessé, Robson conseille la pratique suivante. Il fait sur la ligne médiane une petite incision, et ouvre le péritoine sur un espace insignifiant. S'il s'échappe de la petite plaie soit des gaz, soit de la sérosité teinte de sang ou de matière fécale, le diagnostic de plaie intestinale est fait, et il agrandit l'incision : dans le cas contraire, il ferme l'ouverture abdominale, sans aucun préjudice pour le malade. H. R.

I. — Eine Operationsmethode... (Méthode opératoire atténuant les dangers de l'entérectomie), par Eugen HAHN (*Berl. klin. Woch.*, 25 *juin* 1888).

II. — Idee einer Enteroplastik, par NICOLADONI (*Wiener med. Presse*, *n°* 50, 1887).

III. — Zur Teknik der Kelotomie, par KNIE, LAUENSTEIN, Karl MAYDL (*Cent. f. Chir.*, *n.* 16, 18, 1888).

IV. — Zur Anlegung der Magendünndarmfistel (De la gastro-entérostomie), par Carl LAUENSTEIN (*Ibidem*, *n°* 26, 1888).

V. — Two cases of enterostomy, par Bowseman JESSETT (*Brit. med. journ.*, *p.* 1155, *juin* 1888).

VI. — Extirpation d'un cancer du côlon descendant, par von BERGMANN (*Berl. klin. Woch.*, 18 *juin* 1888).

VII. — Obstruction of the bowel (Obstruction par cancer du côlon, ablation), par PENROSE (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 10 *mars* 1888).

VIII. — Jejunal enterectomy (Entérectomie pour former un anus artificiel), par Thomas SINCLAIR (*Brit. med. journ.*, *p.* 1158, *juin* 1888).

IX. — Observation d'anus contre nature, suture intestinale, par HORTELOUP (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

X. — Complete congenital occlusion of the rectum. — Death from hemorrhage after operation, par WENDT (*Soc. of german phys. of New York. — N. York med. Record*, *p.* 22, *juillet* 1888).

I. — En cas de hernie gangreneuse, Hahn pratique la résection de l'intestin de la façon suivante : L'intestin, attiré au dehors de l'orifice herniaire agrandi, est lié au-dessus et au-dessous de la partie gangrenée qu'on résèque. Les bouts de l'intestin sont désinfectés et de la gaze iodoformée est introduite dans chacun d'eux jusqu'au niveau de la ligature ; un point de suture empêche les bandes de gaze de ressortir. Cela fait, Hahn fait sur la ligne blanche une incision de 6 à 8 centimètres de long dirigée de façon à couper l'insertion du mésentère par son milieu. A cet effet, l'incision commence un peu au-dessous du nombril et se termine juste au-dessus d'une ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Alors Hahn ouvre la cavité péritonéale dans l'étendue de l'incision tégumentaire et attire par cette ouverture les deux bouts d'intestin préalablement désinfectés et bourrés de gaze iodoformée; auparavant, il a recouvert l'intestin de gaze iodoformée pour le protéger contre l'infection de la plaie des parties molles. Pour l'attirer hors de la plaie de la ligne blanche, l'intestin est saisi avec des pinces. La plaie de la ligne blanche est ensuite désinfectée et bourrée de gaze iodoformée. Ainsi se trouve grandement facilité l'examen des deux bouts d'intestin et du mésentère. Après l'avoir terminé, Hahn fait l'entérorraphie au moyen de soie fine.

Restent à prévenir les dangers d'ouverture intra-abdominale des fistules stercorales si fréquentes aussi bien après les résections secondaires que primitives de l'intestin. Hahn y remédie ainsi :

L'entérorraphie achevée, l'intestin est encore désinfecté avec une solution phéniquée, puis Hahn, au moyen d'une pince, place immédiatement au-dessous de la ligne des sutures deux étroites bandes de gaze iodoformée, qu'il pousse jusqu'au mésentère, sur les deux faces de l'intestin. Ce dernier, protégé par la gaze, est replacé dans la cavité abdominale et, grâce aux bandes dont l'extrémité fait saillie hors de la plaie, l'intestin reste fixé en place, à peu près au niveau du péritoine pariétal. A travers les téguments abdominaux, entre les bandes de gaze, on peut apercevoir la portion d'intestin sur laquelle est inséré le mésentère, ainsi que la suture circulaire. On comble l'espace libre entre les bandes avec de la gaze iodoformée, jusqu'au niveau de la peau. Pour fixer la gaze et éviter un prolapsus intestinal, à la suite de toux, on applique 3 points de suture cutanée qu'on noue solidement par-dessus la gaze.

Ayant ainsi procédé, Hahn ne craint pas de donner, dès le lendemain, des aliments liquides aux opérés faibles.

Jusqu'ici, Hahn a pratiqué 3 opérations de ce genre, toutes avec un succès complet. Deux fois il s'agissait d'une entérectomie primitive pour hernies ombilicale ou crurale, et une fois d'entérectomie secondaire pour un anus contre nature consécutif à une hernie crurale gangrenée. Dans

ce dernier cas, comme il n'y a pas de plaie infecte des parties molles, l'incision sur la ligne blanche n'est pas indispensable et l'on peut se borner à protéger les sutures en les entourant de gaze iodoformée. Toutefois, pour assurer le libre écoulement au dehors des matières fécales, au cas où les sutures seraient insuffisantes, Hahn fait une incision à partir de l'anus contre nature vers le nombril, détache les bouts d'intestin, ferme par une suture la partie inférieure de la plaie et fixe de la manière indiquée, avec de la gaze iodoformée, l'intestin suturé à proximité de l'ombilic.

Hahn revendique pour sa méthode opératoire les avantages suivants :

A. — Dans la résection avec entérorraphie consécutive :

1° Possibilité d'un examen plus complet de l'intestin malade et du mésentère ;

2° Plus grande facilité de la résection et de la suture de l'intestin ;

3° Plus grande sécurité contre une infection partant de la plaie ;

4° Protection de la suture intestinale, par l'envevoppement avec la gaze iodoformée.

B. — Dans la résection des hernies crurales avec établissement d'un anus artificiel sur la ligne médiane :

1° Garantie contre les inflexions et les troubles circulatoires de l'intestin résultant, par exemple, de brides mésentériques, ainsi que Hahn en relate un exemple ;

2° Facilité du traitement de l'anus par l'entérotomie. J. B.

II. — Nicoladoni propose deux procédés pour éviter l'anus contre nature à la suite des résections du gros intestin, spécialement dans la région de l'S iliaque, dans les cas où les deux bouts sont trop éloignés l'un de l'autre pour être réunis.

Le premier procédé consisterait à interposer entre les deux bouts un segment d'intestin grêle pris aussi près que possible et nourri par son mésentère. Les matières suivraient ainsi leur cours normal. La blessure faite à l'intestin grêle pour lui emprunter le segment transposable serait réparée facilement à l'aide d'une suture.

Le second procédé serait non plus une résection, mais une simple section de l'intestin grêle, dont le bout supérieur serait suturé avec le bout supérieur de l'S iliaque et le bout inférieur avec le segment rectal. De cette manière, les matières traverseraient d'abord l'une des portions de l'intestin grêle, puis les côlons, le cæcum, l'autre portion de l'intestin grêle et enfin le rectum.

L'auteur ne pense pas que le fonctionnement de la valvule de Bauhin soit un obstacle au passage des matières qui la franchiraient à rebours dans ce second procédé opératoire. L. GALLIARD

III. — La méthode que propose Knie n'a pas été employée pour l'homme. Il l'a expérimentée sur des chiens. Comme elle nécessite une grande mobilité de l'intestin, elle ne pouvait être appliquée qu'au côlon transverse. Voici en quoi elle consiste : Incision transversale de 6 à 8 centimètres entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Division de l'épiploon. Le côlon est attiré au dehors, et on fait dans le mésocôlon une ouverture en ayant soin d'épargner les vaisseaux. Sous la partie de l'intestin ainsi isolée, on réunit les deux lèvres de la plaie pariétale par deux ou trois points de suture. De chaque côté, on suture les deux extrémités de l'anse à la

paroi. Au bout de 4 à 6 jours, on peut sectionnner la partie de l'anse, qui repose sur le pont cutané.

Lauenstein a également employé un procédé qui se rapproche beaucoup de celui de Knie. L'abdomen étant ouvert il suture, le péritoine pariétal avec la peau. L'anse intestinale étant attirée au dehors, il suture l'un à l'autre les deux bords de la plaie pariétale entre les deux racines de l'anse. Il suture ensuite la séreuse viscérale au péritoine pariétal sur toute la circonférence des deux bouts. Il a employé deux fois ce procédé. L'un des malades est mort le sixième jour d'un phlegmon des parois abdominales. Le second est mort de marasme dans la quatrième semaine.

Maydl a imaginé un procédé opératoire, qui a été indiqué en 1885 dans le Manuel de chirurgie du professeur Albert et qu'il a déjà appliqué un assez grand nombre de fois. Ce procédé n'est pas identique à celui de Knie, mais il réalise les mêmes desiderata. Voici en quoi il consiste avec ses derniers perfectionnements : L'abdomen étant ouvert, on attire au dehors l'anse intestinale (côlon transverse, S iliaque, ou iléon) jusqu'à ce que l'insertion du péritoine soit au dehors. Puis, au travers d'une fente du mésentère, on passe une cheville de caoutchouc durci entouré de gaze iodoformée. Ensuite les deux bouts de l'anse sont suturés l'un à l'autre au-dessous de la cheville. Les points de suture ne doivent comprendre que la muqueuse et la séreuse. Lorsqu'on veut faire l'opération en deux temps, il est inutile de suturer les bouts de l'anse au péritoine pariétal. L'ouverture de l'anse doit être faite de 4 à 6 jours après le premier temps. Puis, deux ou trois semaines plus tard, on peut sectionner complètement le sommet de l'anse jusqu'à la cheville.

Lorsque l'anus contre nature ne doit avoir qu'une existence passagère, il faut inciser l'intestin dans le sens longitudinal. Lorsqu'on veut obtenir la guérison de l'anus artificiel, il suffit d'enlever la cheville ; la traction du mésentère opère la réduction, supprime l'éperon et la guérison se fait toute seule. Lorsqu'elle tarde, on peut libérer l'intestin et faire l'entérorraphie. PIERRE DELBET.

IV. — C. Lauenstein a fait une gastro-entérostomie pour un carcinome inopérable du pylore. La malade a succombé le onzième jour avec les signes d'une inanition aiguë. On put reconnaître à l'autopsie que la fistule intestinale était située à 40 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Lauenstein avait pris pour la fixer, suivant le conseil de Rockwitz, une anse située juste au-dessous du côlon transverse. Ce cas malheureux montre qu'il n'y a qu'un point de repère sûr pour trouver la partie supérieure de l'intestin grêle, c'est celui qu'a donné Woelfler, il faut l'employer, malgré les inconvénients qu'il peut présenter et que Rockwitz a du reste exagérés. Lauenstein avait employé, pour distinguer le bout supérieur du bout inférieur, le moyen donné par Nothnagel. Mais il s'est trouvé que le sel, au lieu de déterminer des mouvements antipéristaltiques comme chez les animaux, a déterminé au contraire des mouvements péristaltiques, si bien qu'il en est résulté une erreur. L'auteur ajoute en note que, dans une opération toute récente, le sel n'a déterminé aucun mouvement de l'intestin. En somme, le moyen qu'a indiqué Nothnagel n'est pas applicable à l'homme.

A l'autopsie, on a pu constater que l'eau injectée dans l'estomac passait

avec une égale facilité dans l'un et l'autre bout de l'intestin. Cependant toute la portion de l'iléon comprise entre l'estomac et la fistule était absolument vide et contractée. Les aliments qui s'introduisaient dans le bout supérieur devaient être rapidement ramenés vers l'estomac. Peut-être l'éperon, qui était très développé dans ce cas, n'a-t-il pas de notables inconvénients. Enfin l'auteur fait remarquer qu'on peut suturer l'estomac et l'intestin à la partie postérieure avant de les inciser. Cette manière de faire aurait l'avantage de mettre plus sûrement le péritoine à l'abri de l'écoulement des liquides. PIERRE DELBET.

V. — 1° Homme de 50 ans, atteint de cancer douloureux du pylore avec vomissements incoercibles, sans tumeur appréciable, mais avec résistance profonde à la palpation au niveau du pylore. La laparotomie exploratrice est pratiquée ; l'estomac paraît sain, sauf au niveau du pylore où il est épaissi. L'estomac et le duodénum étant attirés au dehors et entourés d'éponges chaudes phéniquées, deux petites ouvertures sont pratiqués sur le mésentère, et la partie malade est isolée au moyen d'une ligature avec des tubes en caoutchouc. Cela fait, l'auteur, sans ouvrir l'estomac, dissèque la tunique séreuse et musculeuse de l'estomac et de l'intestin, suture d'avance les bords postérieurs de la plaie, de façon à mettre en contact les surfaces séreuses avant d'ouvrir le viscère, puis sectionne alors la muqueuse malade qu'il excise. Après quoi, il suture de la même manière le bord antérieur de la plaie et panse à l'iodoforme.

Pendant quelques jours, état satisfaisant ; le cinquième, vomissements brunâtres fétides, douleur épigastrique, mort dans le collapsus. Pas de péritonite à l'autopsie. Les vomissements étaient dus aux dispositions nouvelles du duodénum, qui laissait pénétrer librement la bile dans l'estomac.

Le malade n'avait pas de cancer, mais un rétrécissement cicatriciel consécutif à un ancien ulcère gastrique.

2° Femme de 43 ans, atteinte de dilatation de l'estomac consécutive à un cancer du pylore limité, du volume d'une mandarine. Laparotomie le 4 juin. On tombe sur une tumeur occupant le pylore et une portion de la petite courbure sans généralisation au foie, mais avec envahissement des ganglions mésentériques. L'auteur ne pratique pas la résection du pylore, il se borne à établir une communication entre le duodénum et la portion de l'estomac située au-dessus de la tumeur.

Malgré une amélioration incontestable, la malade éprouve une grande peine à se nourrir, vomit presque tout ce qu'elle prend, et finit par succomber d'inanition, un mois après l'opération. H. R.

VI. — Von Bergmann présente une femme de 50 ans qu'il a opérée, il y a 5 mois, d'un cancer du gros intestin. Le côlon descendant était malade à l'endroit où il se continue avec l'S iliaque et la tumeur bosselée adhérait intimement à la face interne de l'iléon. La laparotomie montra qu'il fallait enlever non seulement le côlon malade, mais une autre anse de gros intestin qui lui était soudée. Von Bergmann extirpa aussi un grand tronçon de mésocôlon, soit parce qu'il recevait des prolongements du néoplasme, soit parce qu'il contenait des ganglions dégénérés. L'anse simplement adhérente à la tumeur avait une muqueuse intacte ; elle fut, après sa résection, réunie par une suture circulaire, tandis que les deux extrémités du côlon descendant furent suturées dans la plaie.

Le 2e jour après l'opération, redoutant une péritonite à cause de la fièvre, du météorisme et de la sensibilité du ventre ainsi que des nausées, von Bergmann défit les sutures de la plaie et attira en dehors l'anse intestinale sur laquelle il avait pratiqué l'entérorraphie circulaire. L'un des bouts de l'anse, voisin de la suture, était gangrené de sorte qu'après avoir défait la

suture, B... fixa cette anse dans la plaie qui compta ainsi 4 orifices intestinaux. Amélioration de l'état général et des symptômes locaux; suppuration de la plaie.

Quatre semaines plus tard, élimination d'une anse gangrenée, ayant près d'un pied de longueur. Dès lors, la suppuration se tarit et il ne resta qu'une plaie, grande comme une pièce de 5 marcs, donnant issue aux matières fécales.

Lorsque, quelque temps après, B... examina cet entonnoir, il fut fort surpris de n'y plus trouver que 2 orifices intestinaux. Il faut donc admettre que l'élimination avait porté sur toute la portion du gros intestin comprise entre l'extrémité supérieure de la portion cancéreuse et l'extrémité inférieure de l'anse adhérente réséquée. Ce sont les ligatures du mésocôlon qui ont sans doute été la cause de cette si vaste gangrène. Depuis lors, l'éperon a été détruit et il ne reste plus qu'à fermer l'anus artificiel. J. B.

VII. — Depuis 28 jours, une malade avait une obstruction intestinale complète, et depuis 2 jours des vomissements étaient survenus. L'abdomen était très distendu, le pouls à 150.

L'abdomen ouvert, on trouva une occlusion complète du côlon descendant par une masse cancéreuse longue de 12 pouces, comprenant aussi le mésocôlon. Tous les tissus atteints sont réséqués, et les deux extrémités de l'intestin réunies l'une à l'autre sont fixées dans l'incision abdominale et y forment un anus artificiel. Le soulagement fut immédiat ; plus de douleurs, bon appétit, température normale. (L'opération est pratiquée depuis 7 jours.) M.

VIII. — Homme de 60 ans ; dix-huit mois auparavant, hernie crurale étranglée, ouverte spontanément à l'extérieur par gangrène; depuis lors, fistule stercorale, et affaiblissement progressif; l'anse gangrenée correspondait à une portion élevée de l'intestin grêle. La situation de l'anus artificiel, les callosités de son orifice, contre-indiquaient toute opération de restauration plastique, et même l'opération de Dupuytren. L'entérectomie restait la seule ressource.

Après une préparation d'une semaine par un purgatif léger quotidien, opération. Incision de 3 pouces 1/2 le long du ligament de Fallope avec dissection circulaire autour de l'orifice de l'anus artificiel ; la libération de l'intestin est pénible, l'artère épigastrique dans cette manœuvre est coupée et liée. Une fois dégagé, l'intestin est serré au moyen d'un tube de caoutchouc au-dessus et au-dessous et sectionné obliquement avec des ciseaux, de façon à enlever 3 pouces de sa concavité, et 4 pouces 1/2 de sa convexité. Suture des deux bouts sectionnés par la méthode de Lembert, lotion de l'intestin avec de l'eau boriquée chaude, pansement à l'iodoforme. L'opération dure deux heures.

Suites régulières; pendant huit jours, lavements nutritifs de peptone, boissons alcalines et grogs : puis lait. Le dixième jour, l'alimentation rectale est abandonnée, et au 14e jour, le malade a la permission de reprendre le régime ordinaire. Guérison complète le 28e jour. H. R.

IX. — Chez un malade ayant une fistule stercoropurulente, siégeant sur le cæcum, et deux tentatives de suture, après transformation en anus contre nature, ayant échoué, Horteloup a pratiqué l'intervention suivante : l'intestin étant libéré de ses adhérences à la paroi abdominale antérieure, il l'a attiré au dehors à travers la plaie et en a fermé l'orifice par neuf points de suture. Puis, après avoir lavé la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie, il a fait la suture de la paroi abdominale : opium, laxatifs et lavements furent donnés les jours suivants et la guérison fut complète en 9 jours. OZENNE.

X. — Enfant né à terme. Anus bien conformé ; on s'aperçoit le 2 juillet d'une imperforation du rectum, siégeant à un quart de pouce de l'ouverture anale. Ponction de la membrane, introduction d'une sonde pour faire la dilatation; finalement, incision cruciale pour parer à la péritonite commençante. Mais une hémorragie se déclara et l'enfant mourut le 5 juillet.

Autopsie : côlon distendu par des gaz et des grumeaux de méconium ; la cloison avait 1/8 de pouce d'épaisseur ; elle était tapissée sur deux faces par la muqueuse ; le bassin était rétréci au point que le doigt y passait à peine après l'enlèvement des parties molles. La vessie, distendue, atteignait l'ombilic. Il s'agit donc surtout d'une atrésie rectale.

Meyer ajoute que l'opération, dans ce cas, devait porter, comme il a été fait, sur la cloison ; mais quelquefois celle-ci n'est pas accessible et il faut faire un anus contre nature ; il cite un cas personnel avec un heureux succès chez un enfant de deux jours. P. DUFLOCQ.

I. — Des tumeurs malignes du rein, par E. GUILLET (*Thèse de Paris, janvier* 1888).

II. — Du gros rein polykystique de l'adulte, par Félix LEJARS (*Thèse de Paris, mars* 1888).

III. — Des plaies du rein par coup de feu, par MILTAS (*Thèse de Paris, janvier* 1888).

IV. — Considérations pratiques sur les affections chirurgicales du rein et la néphrectomie, par THIRIAR (*Revue de chirurgie, n*os 1 *et* 2, 1888).

V. — Deux cas de néphrectomie, par Jacques-L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande, VIII*, 457, *juillet* 1888).

VI. — Nephro-lithotomy, par Mac COSH (*N. York med. journ., p.* 406, 14 *avril* 1888).

VII. — Nephrectomy for morbid growths (Néphrectomie pour tumeurs), par BEAVEE (*Med. Society of Pensylvania ; N. York med. Record, p.* 676, *juin* 1888).

VIII. — Sur un cas de fistule vésico-utéro-vaginale suivie de la mortification d'une portion de l'uretère gauche ; opération ; guérison, par HERGOTT (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 22 *mai* 1888).

I. — Les tumeurs malignes du rein sont ramenées par Guillet à deux variétés principales : l'épithélioma, plus fréquent chez l'adulte et le vieillard, et le sarcome, qui s'observe chez l'enfant et l'adulte.

Les symptômes de ces néoplasmes sont : 1° une tumeur abdominale, siégeant dans le flanc et la région lombaire, susceptible de ballotter (procédé de Guyon) et présentant au-devant d'elle une zone sonore ou un ruban arrondi, verticalement dirigé et correspondant au côlon ; 2° un varicocèle, plus ou moins récent, siégeant du même côté que la tumeur ; 3° des hématuries répétées, revenant spontanément et cessant de même, à des intervalles d'abord éloignés ; 4° des douleurs dans l'une des régions lombaires et irradiées le long de l'uretère sous forme de colique néphrétique ; 5° un mauvais état général, survenant souvent assez tardivement.

Ces tumeurs se présentent sous deux types cliniques : 1° la forme complète, qui est constituée par l'ensemble des symptômes précédents et en particulier par la coexistence d'hématuries et d'une tumeur abdominale ; 2° la forme incomplète dans laquelle les hématuries manquen souvent. La première de ces formes se rattacherait plutôt à l'épithélioma, la seconde au sarcome.

La marche de l'épithélioma est sensiblement plus lente que celle des carcinomes des autres viscères ; celle du sarcome, surtout chez l'enfant,

est beaucoup plus rapide. Quant à la généralisation, elle existe presque toujours pour l'épithélioma, dans la moitié des cas pour le sarcome.

Aussi, les indications de la néphrectomie sont-elles restreintes et n'existent que si le diagnostic a été précoce, ce qui est rare, ou si, à une période plus avancée, le chirurgien se trouve en face d'une tumeur à marche lente survenue chez un adulte vigoureux. Chez l'enfant, cette opération est réservée à des cas particulièrement favorables; chez le vieillard, elle doit être rejetée d'une façon générale. R. JAMIN.

II. — Sous le titre de *gros rein polykystique*, Lejars décrit une forme de tumeur rénale nettement caractérisée au double point de vue anatomique et clinique.

Anatomiquement, s'il faut peut-être réserver une place à l'hypothèse d'une lésion congénitale persistante, il est très probable, sinon démontré, que, dans la grande majorité des cas, c'est au type de l'épithélioma mucoïde que l'affection doit être rapportée.

Cliniquement, on retrouve la symptomatologie presque entière des tumeurs solides du rein, mais avec des traits atténués et un cachet spécial et surtout avec une évolution lente, qui permet des trêves prolongées et se juge très souvent par un dénoûment subit.

Presque constamment bilatéral, le gros rein polykystique présente, la plupart du temps, un volume suffisant pour permettre à une exploration physique attentive de porter un diagnostic précis. C'est surtout quand la tumeur, dure et vaguement fluctuante, se perçoit bien d'un seul côté, que la nécessité d'un examen rigoureux s'impose.

En effet, la bilatéralité des lésions condamne toute intervention radicale à une issue rapidement mortelle. R. JAMIN.

III. — Ce travail, basé sur dix-huit observations, a surtout en vue les indications de l'intervention chirurgicale (néphrectomie ou néphrotomie) dans les cas de plaies du rein par balle de revolver ou de fusil. Ces indications sont surtout fournies par l'état du malade, l'étendue et la gravité des lésions dans chaque cas particulier.

D'après l'auteur, il faut intervenir de suite et hardiment, une fois le diagnostic certain établi, si l'état du malade est grave et immédiatement menaçant; intervenir encore, lorsque, dans les jours qui suivent la blessure, il survient des phénomènes sérieux (fièvre, suppuration, complications de tout ordre); intervenir, enfin, lorsque l'évolution de la plaie traîne en longueur, et qu'au bout de plusieurs semaines, l'état général reste médiocre, l'état local stationnaire.

Au contraire, il faut s'abstenir dans les cas douteux et lorsque les indications précédentes n'existent pas. D'après les statistiques, l'abstention systématique donne dix guérisons sur seize cas, et encore les six morts ne sont-elles pas toutes imputables à la plaie du rein. En cas d'abstention, on ne doit point oublier de remplir toutes les indications symptomatiques et de pratiquer une antisepsie rigoureuse (pansements, cathétérismes, lavages vésicaux); il faut en outre calmer la douleur surtout par la morphine et soutenir les forces du blessé par l'alcool.

R. JAMIN.

IV. — Thiriar rapporte six observations très détaillées de néphrectomies pratiquées par lui : dans deux cas, pour un sarcome; une fois pour une tumeur kystique et dans les trois autres cas pour des néphrites sup-

purées. Il n'a à enregistrer qu'une seule mort (sarcome ; enfant de 14 mois).

Dans une des opérations, la plèvre fut ouverte et immédiatement suturée ; aucun accident consécutif.

Thiriar a fait une fois la néphrectomie transpéritonéale par le procédé de Terrier.

Il se déclare partisan de la néphrectomie extrapéritonéale ; mais si le volume de la tumeur oblige à faire l'opération par la voie transpéritonéale, il faut avoir recours au procédé de Terrier. C. WALTHER.

V. — 1er *cas*. Femme de 29 ans, présentant une tumeur fluctuante volumineuse, qui dépassait l'ombilic à gauche et occupait tout le flanc droit. Une ponction exploratrice fournit un liquide contenant très peu d'urine. L'extirpation du rein fut faite par une incision para-péritonéale, sur la ligne antérieure de l'aisselle. Après l'avoir ponctionnée, Reverdin enleva la tumeur, qui était une hydronéphrose, avec le rein. Les suites de l'opération furent simples.

Au bout de vingt jours, la malade s'en retournait chez elle, ayant encore un drain nécessité par la présence d'une petite tumeur due peut-être à la ponction et qui se vidait par ce drain. Depuis lors, l'écoulement a beaucoup diminué et l'état général est excellent.

2° *cas*. Médecin atteint, en 1884, de périty phlite. En 1886, hydronéphrose qui fut incisée. A la suite de cette opération, une fistule persista et le liquide, d'abord séreux, devint purulent et fétide. Puis survinrent des accès de fièvre et, à trois reprises, des accidents d'obstruction intestinale durant de six à douze jours.

L'opération fut faite comme la précédente, mais l'isolement du rein fut très laborieux. Une déchirure du péritoine se produisit; la partie de cette déchirure, vue au début, fut immédiatement suturée; mais une autre partie ne fut aperçue qu'à la fin et suturée alors.

Il fallut pratiquer, à cause d'adhérences solides, l'énucléation intercapsulaire. Il y eut une hémorragie arrêtée par des pinces qu'on laissa à demeure au fond de la plaie qui fut tamponnée.

Après l'opération survinrent des phénomènes d'obstruction intestinale. Le dixième jour on dut faire un anus contre nature sur le cæcum. Mais l'opéré succomba le soir.

A l'autopsie, péritonite suppurée généralisée ; liquide séro-sanguinolent dans le petit bassin ; adhérences anciennes autour du cæcum et de l'appendice ; en cherchant à enlever ces parties, le doigt pénétra dans le cæcum (perforation?). Tout l'intestin grêle était distendu par des gaz et des matières liquides. J. B.

VI. — Fille de 28 ans, souffrant, depuis plusieurs mois, de douleurs intolérables aux lombes du côté droit. Après plusieurs recherches infructueuses, on découvre dans l'urine du pus et du sang. On admet l'existenee d'un calcul du rein droit.

Le 9 janvier, l'auteur fait une incision verticale au bord externe de la masse sacro-lombaire, étendue de la dernière côte jusqu'à l'os iliaque. En arrivant sur le feuillet antérieur de l'aponévrose lombaire, il voit une anse intestinale qui suit les mouvements du diaphragme. L'insertion spinale du péritoine est donc près de la ligne médiane. Le rein est abaissé; son extrémité supérieure est à 2 pouces 1/2 de la dernière côte, la masse de l'organe se trouve en avant de l'articulation sacro-iliaque droite. On perçoit un corps dur au niveau du hile, mais il est impossible de le mobiliser au fond de la plaie. Il faut donc pratiquer une incision transversale, longue de 3 pouces, parallèlement au bord supérieur de la crête iliaque; cela permet d'attirer légèrement le rein et d'extraire un calcul mûriforme, pesant 120 grains

(76gr,80). Le rein paraît sain. On place un drain dans l'ouverture du bassinet; l'organe reprend sa position primitive. Suture partielle de la plaie, drainage, gaze iodoformée.

Au bout de trois jours, on enlève le drain rénal; deux jours plus tard, le drain extérieur. Pas d'infiltration d'urine. A partir du treizième jour, l'urine cesse de couler par la plaie; le dix-huitième jour la plaie est cicatrisée. A la fin de la quatrième semaine, guérison, départ. Les douleurs ont disparu; la malade se fortifie rapidement. L. GALLIARD.

VII. — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Il ne faut pas enlever les sarcomes du rein chez l'enfant;

2° Il faut les enlever chez l'adulte ;

3° Le carcinome chez l'adulte ne doit pas être opéré, si ce n'est tout à fait au début;

4° Les tumeurs malignes doivent être enlevées par la voie abdominale;

5° Les tumeurs bénignes doivent être enlevées par la voie lombaire ; si elles sont trop grosses, on pose une ligature et on les extirpe par morceaux. P. DUFLOCQ.

VIII. — La malade est une femme de 36 ans, qui, à la suite d'un deuxième accouchement, en 1881, fut atteinte d'une fistule vésico-vaginale. En juin 1886, l'examen complet fait constater sur la paroi vaginale antérieure une vaste perte de substance, de forme ovalaire, un peu plus inclinée à gauche qu'à droite et mesurant 4 centimètres de diamètre transversalement. On apercoit au fond la muqueuse vésicale, d'un rouge vif et d'un aspect tomenteux, qui parfois fait hernie et s'oppose par moments à la sortie de l'urine qui est presque continue. Les bords extrêmes de la perte de substance s'étendent un peu plus à gauche qu'à droite. Le bord postérieur est formé au milieu par la lèvre antérieure du col, qui mesure à peine 5 millimètres ; la partie supérieure du col est recouverte par la muqueuse vésicale. Du côté gauche de l'ouverture, la vessie est très adhérente à la cicatrice. Le bord antérieur de la perte de substance est distant de l'orifice du canal de l'urètre de 4 à 5 centimètres environ.

L'utérus est assez mobile; la paroi vaginale souple et sans brides cicatricielles; grâce à cette mobilité et à cette souplesse, le col peut être ramené au contact de la lèvre antérieure de la perte de substance. En recherchant la situation exacte des uretères, d'après le diagramme de Sänger, il était probable que l'uretère gauche était mortifié au niveau du col ; un cathétérisme fit d'ailleurs découvrir son extrémité englobée dans du tissu cicatriciel.

La muqueuse vaginale ayant été cocaïnisée, on commence par libérer l'uretère gauche, ce qui fut assez facile, puis on procéda à l'avivement et à la suture des lèvres de la plaie. Une deuxième petite opération complémentaire fut nécessaire six semaines plus tard, et la guérison fut entière.

OZENNE.

I. — Des ruptures de la vessie et de leur traitement, par BLUM (*Archives de médecine, juillet* 1888).

II. — Intra-peritoneal rupture of the urinary bladder, laparotomy, par Young BROWN (*N. York med. record, p.* 622, *juin* 1888).

III. — Sur un cas d'exstrophie de la vessie opérée avec succès, par LE FORT (*Bull. de l'Acad. de médec., n°* 30, 24 *juillet* 1888).

I. — Les conclusions du travail de l'auteur sont les suivantes :

Lorsqu'on se trouve en présence d'une rupture certaine ou supposée

de la vessie, il faut inciser le plus tôt possible la ligne blanche afin de reconnaître exactement le siège et l'étendue de la lésion.

Si la plaie siège vers la base, c'est-à-dire si le péritoine ne se trouve pas intéressé, la cystotomie périnéale se trouve indiquée.

Dans les cas de rupture intra-péritonéale, la suture des bords de la plaie devra être pratiquée suivie de la toilette du péritoine sans drainage.

Le meilleur procédé de suture, le seul qui ait donné des succès chez l'homme est le procédé de Lembert (suture séro-musculeuse n'intéressant pas la muqueuse).

Lorsque, par sa situation et son étendue, la plaie ne peut être réunie, on la suturera si faire se peut à la plaie abdominale, ou bien on imitera la conduite de Socer, qui pratique le drainage par une plaie périnéale artificielle.

L'existence d'une péritonite au début n'est pas une contre-indication à la suture de la vessie. Cependant, les chances de succès sont d'autant plus grandes que la laparotomie a été plus rapidement pratiquée.

RICHARDIÈRE.

II. — Un ivrogne tombe dans la rue sur l'encoignure d'une porte; le choc porte sur l'hypogastre. Il avait eu quelque temps auparavant une blennorragie. Il est dans le collapsus, vomissant par intervalle et ne pouvant uriner; quand le médecin le vit, il venait de rendre une petite quantité d'urine sanglante. La palpation ne donne rien; le toucher rectal permet de percevoir sur la face postérieure de la vessie cette crépitation spéciale à l'hématome. Le cathéter ramène un peu d'urine sanglante. On injecte de l'eau dans la vessie; elle ne se distend pas. Il y avait donc une perforation vésicale. L'opération est faite le lendemain, malgré l'ivresse non encore dissipée du patient. Le péritoine contient de la sérosité sanguinolente. Perforation sur la face postérieure de la vessie de 1 pouce et demi de long. Neuf points de sutures en soie phéniquée. La vessie est distendue par de l'eau; la coaptation est complète. Mort seize heures après du choc, car à l'autopsie, il n'y a aucun signe de péritonite, les points de suture ont bien tenu. P. DUFLOCQ.

III. — Il s'agit d'un enfant atteint d'une exstrophie de la vessie; la paroi postérieure, sur laquelle s'ouvrent les uretères, constitue seule en ce point la paroi abdominale; le pubis, la peau, la paroi supérieure de l'urètre manquent, et la paroi abdominale se trouve constituée par une muqueuse rouge, très congestionnée, saillante, se continuant avec une gouttière, qui représente la paroi inférieure de l'urètre. La verge est dans tous ces cas, toujours rudimentaire. Chez cet enfant, il n'y avait pas de prépuce; aussi était-il impossible d'appliquer le procédé, décrit par l'auteur en 1872. Il remplaça alors le prépuce par la peau de la partie inférieure de la verge, et cette fois encore, après plusieurs opérations secondaires et complémentaires, le succès a été complet. La vessie est complètement reconstituée et l'urine s'écoule par la gouttière urétrale. OZENNE.

I. — The connection between masturbation and stricture of the urethra, par Samuel W. GROSS (*Med. News*, 29 *septembre* 1888).

II. — The treatment of stricture of the urethra by electrolysis, par BURCHARD (*N. York med. record*, *p.* 655, *juin* 1888).

III. — Des tumeurs malignes de la prostate, par ENGELBACH (*Thèse de Paris*, *janvier* 1888).

IV. — Die Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie und Prostatatumoren

durch Electrolyse, par Leopold CASPER et Discussion (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 23, p. 461, n° 24, p. 483, 4 juin, et n° 21, p. 427, 21 mai* 1888).

V. — L'électrolyse de la prostate, par ROUX (*Revue médic. Suisse romande VIII, p. 282, mai* 1888).

I. — Chez 331 sujets adonnés à l'onanisme, Gross a trouvé 291 fois des rétrécissements de l'urètre; sa dernière série d'observations, se montant à 157 cas, a été l'objet d'examens détaillés : ces 157 cas ont fourni 140 fois des rétrécissements : 82 fois 1 seul rétrécissement, 41 fois 2, 17 fois 3 à 6.

Sur les 82 rétrécissements uniques, 65 siégeaient au voisinage du méat, 4 dans la portion spongieuse, 6 dans la portion bulbeuse. Gross affirme que le rétrécissement urétral survient, en dehors de toute gonorrhée, chez 90 sur 100 environ des sujets qui se masturbent, et ce rétrécissement a pour caractéristique d'être ordinairement unique, assez large, et de siéger près du méat. A. C.

II. — L'auteur introduit dans l'urètre une bougie à boule du numéro approprié et reliée au pôle négatif d'une batterie galvanique. Chaque séance dure 10 minutes, ce qui est suffisant pour que la bougie, d'abord serrée, joue aisément à travers le rétrécissement. On augmente peu à peu le calibre de la bougie; les séances sont espacées de plusieurs jours.

Les rétrécissements fibreux relèvent surtout de cette méthode dont l'application ne détermine ni douleur ni suffusion sanguine.

P. DUFLOCQ.

III. — Les néoplasmes de la prostate sont, d'après Engelbach, beaucoup moins rares qu'on ne l'a dit jusqu'à présent; ils sont le plus souvent primitifs (90 0/0 des cas). 10 fois sur 100, les observations concernent des enfants de 1 à 10 ans.

La plupart du temps (86 0/0), la tumeur est de nature carcinomateuse et débute par les culs-de-sac glandulaires; quant au sarcome, il se rencontre très rarement.

Les connexions de la glande et sa richesse en lymphatiques expliquent : 1° la diffusion presque constante, étendue et rapide de la néoplasie (carcinose prostato-pelvienne diffuse); 2° l'envahissement des os, des vésicules séminales, etc.; la vessie n'est qu'exceptionnellement envahie.

Parmi les symptômes prédominants, il faut placer les troubles fonctionnels de l'appareil urinaire, douleurs et hématuries; celles-ci cependant manquent souvent. Chez d'autres malades, le fonctionnement de l'appareil urinaire est presque régulier, mais celui du rectum est entravé. Quant à la marche des accidents, elle est d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune, la durée de l'évolution néoplasique variant de trois mois à cinq ans au maximum.

En somme, l'exploration de la cavité pelvienne et les douleurs irradiées constituent les meilleures bases du diagnostic.

La gravité du pronostic et l'acuité de certains symptômes (obstruction rectale, rétention complète, etc.) autorisent une intervention opératoire palliative, telle que la colotomie ou la prostatotomie; quant à une opération plus radicale, l'ablation de la tumeur par exemple, elle est le plus souvent inutile en raison de la rapidité de la diffusion. R. JAMIN.

IV. — Casper relate 4 cas d'hypertrophie de la prostate qu'il a traités par

l'électrolyse en utilisant les effets destructeurs du pôle négatif, représenté par une aiguille de platine iridié enfoncée dans la prostate à travers la paroi rectale; le pôle positif était placé sur le ventre. Les séances duraient quinze minutes, pendant lesquelles l'aiguille était changée, sans faire de nouvelle ponction au rectum, deux fois de place, afin de multiplier les points d'attaque de la glande. La force des courants oscillait entre 10 et 25 milliampères; le chiffre des séances a été de 20 au moins; elles étaient plus ou moins espacées suivant l'état des malades. A titre d'adjuvants de son traitement, Casper a recouru, selon les cas, aux cathétérismes, aux lavages vésicaux, aux désinfectants internes, aux bains de siège chauds, etc.

Des 4 malades, un seul a éprouvé un accident imputable à l'opération. Il s'agit d'une fistule vésico-rectale due à la chute du vernis isolant de l'aiguille. Les 3 autres ont obtenu une amélioration, plus ou moins notable chez deux, insignifiante chez le dernier, dont la vessie était atonique absolument.

Les bons effets de l'électrolyse portent aussi bien sur les troubles subjectifs que sur les troubles physiques. La prostate est manifestement ratatinée et, ce à quoi Casper attache le plus d'importance, la quantité d'urine restant dans la vessie après chaque miction diminue beaucoup, se réduisant au 6e ou au 7e. Comme conséquences, les besoins d'uriner sont moins fréquents, les mictions deviennent moins douloureuses, les malades peuvent dormir et leur santé se relève.

L'électrolyse de la prostate n'est pas une opération dangereuse : on n'a à redouter ni embolies, ni suppuration, ni hémorragies.

Mais il est 4 catégories de malades chez lesquels on ne peut espérer aucune amélioration par l'électrolyse :

D'abord, ceux dont la prostate a moins augmenté d'épaisseur que de longueur et de largeur, et forme une enveloppe rigide à la vessie qu'elle empêche de se contracter; puis ceux dont la vessie, longtemps distendue, a perdu toute élasticité; ensuite, ceux dont la vessie a subi une hypertrophie concentrique et est devenue incapable de se contracter; enfin ceux dont l'hypertrophie prostatique n'est pas assez marquée pour être appréciable par le rectum et se borne à la formation d'une sorte de valvule au niveau du col vésical.

En résumé, l'électrolyse n'a chance de succès qu'autant que la rétention d'urine tient uniquement au volume exagéré de la prostate et non à une paralysie secondaire de la vessie.

Dans la discussion, Fürstenheim déclare que le danger d'hémorragie par lésion des vaisseaux situés à la face postérieure de la prostate lui paraît plus sérieux qu'à Casper. Comme Fürstenheim, von Bergmann croit que la diminution de la quantité d'urine séjournant dans la vessie n'est pas un signe irréfutable de la diminution de l'hypertrophie prostatique, car elle tient aussi aux sondages et aux lavages qui améliorent le catarrhe coexistant. J. B.

V. — Depuis le mois d'août 1887, Roux a pratiqué l'électrolyse de la prostate sur 6 malades. Il est convaincu qu'elle fait diminuer le volume de la glande hypertrophiée. Roux emploie des courants de 70 milliampères, c'est-à-dire beaucoup plus énergiques que ceux de Casper. Aussi ajoute-t-il que la douleur est intense, souvent plus désagréable au ventre

que dans le rectum; elle est quelquefois perçue au niveau du gland. Il n'a pas eu d'accidents. J. B.

I. — Osteo-dermoplastiche Fussamputation (Amputation ostéo-dermoplastique du pied), par RYDYGIER (*Wiener klin. Wochens.*, 23 *août* 1888).

II. — Sur l'opération de Wladimiroff Mikulicz (Amputation ostéoplastique du pied), par J. CHAUVEL (*Revue de chirurgie, p.* 1010, *décembre* 1887).

III. — Emploi antiseptique des griffes de Malgaigne dans les fractures transversales de la rotule, par William WHITE (*N. York med. record*, 27 *octobre* 1888).

IV. — The use of living bones... (Emploi de fragments osseux vivants comme moyens d'union après les résections osseuses et articulaires), par William WHITE (*The Lancet*, 18 *août* 1888).

V. — Rest in the treatment of chronic joint disease (Du repos dans le traitement des maladies chroniques des articulations), par John RIDLON (*N. York med. record*, 15 *septembre* 1888).

VI. — Immobilisation dans les maladies articulaires, par V. P. GIBNEY (*The New York med. Journal*, 27 *octobre* 1888).

VII. — A case of uncomplicated dislocation of the carpal scaphoïd bone, par Nolan STEWART (*N. York med. Record*, 6 *octobre* 1888).

VIII. — L'arthrectomie opposée à la résection du genou, par Herbert PAGE (*The Lancet, p.* 955, 17 *novembre* 1888).

IX. — Traitement de la coxalgie par la fixation et l'extension, avec démonstration d'une nouvelle attelle, par LOVETT (*American Orthopœdic Association. — N. York med. Journal*, 3 *novembre* 1888).

I. — Dans un cas d'ulcère très étendu de la jambe droite, pénétrant profondément jusqu'à l'os, Rydygier eut recours à une opération analogue à celle de Pirogoff, avec cette différence qu'il fit un grand lambeau plantaire, comprenant toute l'épaisseur et toute la longueur de la plante du pied, devant servir à recouvrir la surface de l'ulcère. Il restait entre l'ulcère et la section de la peau de la face dorsale du pied un pont de peau. Ce pont de peau fut sectionné sur la ligne médiane, séparé de ses adhérences profondes, et relevé sur les parties latérales de la jambe. Malheureusement, cette peau se gangrena en partie ; dans le reste de la plaie, la guérison eut lieu par première intention, et le malade peut appuyer sur son moignon de Pirogoff.

L'auteur rappelle que, l'année dernière, Keetley a employé, dans un cas d'ulcère de jambe, une modification de la méthode de Syme; mais, dans ce dernier procédé, le sphacèle est beaucoup plus à craindre. C'est ce qui est arrivé à Baracz, qui a imité la conduite de Keetley.

E. KIRMISSON.

II. — Chauvel a réuni 22 opérations de Wladimiroff Mikulicz. — Elles ont été faites 17 fois pour des ostéites tuberculeuses du tarse et des os de la jambe; 3 fois pour des ulcères rebelles et récidivants du talon; 1 fois pour un ostéosarcome du calcanéum; 1 fois pour une fracture vicieusement consolidée.

Au point de vue des résultats, 1 fois seulement il y a eu gangrène de

l'avant-pied; 4 fois la reproduction de l'ostéite a nécessité une intervention nouvelle (2 fois amputation de jambe, 2 fois extirpation des os malades); deux opérés succombèrent ultérieurement à la tuberculose pulmonaire.

La proportion des insuccès tant opératoires que fonctionnels est donc de 5 sur 22, soit 23 pour 100 environ.

La gravité de l'opération est très faible. Aucun des opérés n'est mort directement de l'intervention. En général les résultats fonctionnels ont été favorables. La station et la marche s'exécutent mieux qu'après les opérations de Pirogoff ou de Syme. C. WALTHER.

III. — Homme de 30 ans, admis à l'hôpital dans le courant d'avril 1888. Fracture de la rotule avec écartement d'environ 3 pouces. Evacuation du sang contenu dans la jointure par la ponction aspiratrice. Application des griffes préalablement bouillies et trempées dans la solution forte. Les fragments semblent parfaitement au contact. Aucune réaction inflammatoire. Enlèvement des griffes au bout de 5 semaines; pas d'écartement. Mais, après quelques jours, un léger écartement de 3/8 de pouce environ se manifeste. Toutefois, le malade quitte l'hôpital avec un membre utile. E. KIRMISSON.

IV. — Dans un cas de résection du genou, White enleva, avec toutes les précautions antiseptiques, un métacarpien de chien de trois pouces de longueur. Cet os fut placé dans deux cavités du fémur et du tibia creusées pour le recevoir. L'union des deux os était telle que le membre en totalité pouvait être soulevé par le talon. Au bout de 8 à 10 jours, élévation de la température restée jusque-là normale; écoulement de sérosité, prolongé pendant quelques semaines. Guérison. E. KIRMISSON.

V. — Ridlon condamne la méthode américaine consistant dans l'emploi d'appareils portatifs à extension. Il est à noter, dit-il, que la méthode américaine a conduit beaucoup plus souvent à la résection. Sayre a fait, depuis 1854, 73 résections de la hanche, dont 69 de 1859 à 1879. Thomas n'en a jamais fait dans les cas traités par une immobilisation appropriée.

VI. — Gibney pose en principe l'origine osseuse et la nature tuberculeuse des affections articulaires chroniques. Dans les arthrites fongueuses, il a toujours vu que, mieux il immobilisait, moins il obtenait d'ankyloses. Il croit que, si l'ankylose survient, elle n'est pas due à l'immobilisation, mais à la nature et à la gravité de l'inflammation et à l'insuffisance des appareils employés. E. KIRMISSON.

VII. — Homme de 24 ans, tombé sur la paume de la main; tumeur sur la face dorsale constituée par le scaphoïde. On fit des tractions sur la main, en la portant, autant que possible, sur le côté cubital. On exerça alors des pressions directes sur l'os déplacé, et on obtint la réduction. La guérison fut complète. E. KIRMISSON.

VIII. — Page donne la préférence à l'arthrectomie. Il pense que le but à chercher, dans cette opération, est l'ankylose du genou. Il y a inconvénient, d'après lui, à commencer les mouvements passifs avant que la plaie ne soit complètement cicatrisée; de plus, en cherchant la mobilité, il est à craindre qu'on ne ménage trop les parties constituantes de l'articulation, et qu'on ne laisse des tissus malades. — La résection pratiquée chez les jeunes enfants a l'inconvénient d'amener une atrophie considérable du membre. Henry Lee dans *la Lancet* du 21 avril 1888, a publié 2 cas observés après vingt ans; dans l'un des deux, le raccourcissement mesurait 5 pouces 1/2; dans l'autre 6 pouces. La résection doit

être réservée pour les cas où le genou est ankylosé dans la flexion, ou bien pour ceux où, au moment de faire l'arthrectomie, on s'aperçoit que les lésions osseuses sont trop étendues. E. KIRMISSON.

IX. — Lovett (de Boston) dit que les Anglais critiquent l'attelle américaine employée dans la coxalgie comme ne donnant pas une fixation suffisante. Il a fait, pour résoudre la question, quelques expériences sur un enfant bien portant; il a trouvé qu'avec une traction de 4 livres, on pouvait encore, pendant la marche, imprimer à la hanche des mouvements de flexion, représentant un arc de 35°. Avec un poids de 8 livres, les mouvements décrits représentent un arc de 15°. Il en résulte que les tractions isolées ne peuvent procurer une immobilisation suffisante de la jointure. E. KIRMISSON.

Résection du squelette pour remédier à des pertes de substance des parties molles, par KIRMISSON (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

A la suite de blessures graves des deux avant-bras, une femme de 35 ans avait conservé à gauche une flexion à angle droit de la main sur l'avant-bras, qui la privait complètement de l'usage de ce membre. Après avoir excisé le tissu cicatriciel de la région antéro-inférieure de l'avant-bras, Kirmisson chercha à opérer le redressement de la main, ce qui fut obtenu; mais il en résultait une large perte de substance, qui n'aurait pu se combler qu'en reproduisant la difformité : 3 centimètres du radius et du cubitus, à peu de distance du carpe, furent alors réséqués. La consolidation osseuse n'eut pas lieu et une suture des deux bouts du radius fut nécessaire cinq mois plus tard; trois mois après, la consolidation osseuse était complète. Le fil d'argent de la suture est resté enkysté dans les tissus, mais la malade possède un membre utile, bien qu'il existe encore un certain degré de flexion de la main sur l'avant-bras.

Le deuxième opéré est un homme de 40 ans, chez lequel une brûlure grave de la jambe droite avait déterminé un pied bot équin varus et une ulcération permanente au-dessus de la malléole externe. On pratique la résection tibio-tarsienne. La guérison eut lieu après une légère suppuration (6 mois après). Le malade se lève et commence à s'appuyer sur le membre opéré ; l'ulcération des parties molle est cicatrisée; la position du pied sur la jambe est bonne; le raccourcissement mesure 4 centimètres. OZENNE.

I. — Chirurgie du pied, par A. BLUM (*In-8°, Paris*, 1888).

II. — Observations sur 45 cas de pied plat, par WHITMAN (*Boston med. and surg. journ.*, 14 *et* 21 *juin* 1888).

III. — Preventive treatment of genu valgum and flat foot, par ELLIS (*Brit. med. journ.*, 30 *juin* 1888).

IV. — Die Orthopädie in ihren Heilerfolgen bei der Varus (Traitement du pied bot), par Gustav KRAUSS (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXVII*, *p.* 185).

V. — Discussion sur le traitement opératoire du pied bot (*Brit. med. Association* ; *Brit. med. journ.*, 27 *octobre* 1888).

VI. — Ueber Klumpfussbehandlung (Traitement des pieds bots), par GRASER (*XVIIe Cong. des chir. allemands*).

VII. — Ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis, les contractures du genou et le pied bot, par BRADFORD (*Boston med. and surg. journ.*, 22 *mars* 1888).

I. — Cette monographie fort complète débute par les difformités du

pied : l'étiologie du pied bot congénital, ses diverses variétés et leur traitement sont soigneusement étudiées. Peu partisan de la tarsotomie, l'auteur accepte pour quelques rares cas l'extirpation de l'astragale, mais seulement lorsqu'on aura épuisé avec persévérance les autres modes de traitement. Dans le même chapitre, signalons le pied bot valgus congénital et acquis, dont les diverses théories sont clairement résumées; puis viennent les difformités des orteils, l'orteil à marteau en particulier; les fractures, les luxations ; un chapitre original sur les plaies du pied; les phlegmons, synovites, entorses sont rapidement passés en revue; les ostéo-arthrites et leur traitement arrêtent un peu plus longtemps. Puis les névralgies, les troubles trophiques, et enfin l'étude des tumeurs du pied complètent ce travail. L'auteur y a annexé un précis de médecine opératoire avec la valeur des diverses opérations et leurs indications.

Une bibliographie très complète accompagne chaque chapitre.

II. — Whitman passe en revue les différentes théories qui ont été mises en avant :

1° *Théorie musculaire.* — On a invoqué : *a*, la paralysie ou l'atrophie du tibial antérieur; *b*, la paralysie du long péronier latéral.

Dans 45 cas, l'auteur n'a trouvé ni paralysie, ni modifications musculaires qu'on puisse regarder comme cause, ou comme effet.

2° *Laxité des ligaments.* — Il semble rationnel d'admettre qu'une personne dont les muscles sont faibles et les jointures lâches aura, sous l'influence de causes efficientes, plus facilement que d'autres, un pied plat.

Il n'en résulte pas cependant qu'une laxité primitive des ligaments soit la cause ordinaire de l'affection.

3° *Théorie des talons élevés.* — Mayo-Collier (*Lancet*, 4 sept. 1886) a prétendu que l'usage des talons élevés est la cause du pied plat. D'après ses observations, l'auteur repousse cette théorie.

4° *Malformations osseuses congénitales.* — Stokes (*Annals of surgery*, octobre 1885), trouvant le pied plat chez des personnes robustes, avec des modifications osseuses trop considérables pour les attribuer à de simples causes mécaniques, a pensé à des malformations osseuses congénitales. L'auteur rejette également cette théorie.

5° *Théorie du surmenage.*—C'est pour l'auteur la théorie la plus plausible. Il y aurait disproportion entre le poids que le pied est appelé à supporter et la force des muscles et des ligaments qui maintiennent sa forme; d'où affaissement, par surcharge, de la voûte plantaire. C'est une application au pied plat de la théorie qui est le plus généralement admise pour la scoliose.

Quelle que soit la cause du pied plat, le résultat consiste dans une dislocation partielle des os du pied; le traitement doit donc consister à tâcher de remettre en place les os déplacés, à les maintenir dans la position qu'on leur a donnée, à rendre aux ligaments leur tonicité normale, à accroître le pouvoir musculaire.

Les exercices gymnastiques suivis avec persévérance, feront beaucoup; des appareils bien faits seront également utiles; mais c'est la combinaison de ces deux ordres de moyens qui donnera les meilleurs résultats.

L'auteur se prononce contre les appareils élastiques; il conseille un support en acier, qui soutienne la voûte plantaire, en embrassant le bord interne du pied, et laissant libre la tête des métatarsiens.

A l'appui de l'utilité de son appareil, il cite le cas d'un jeune homme vigoureux, qui avait dû abandonner son travail à cause de la difformité de ses pieds. Deux semaines après qu'il avait les plaques plantaires, il put se placer comme garçon dans un hôtel, où il est resté depuis lors, montant sans peine de lourdes malles.

Quant aux exercices gymnastiques, les meilleurs sont ceux qui sont conseillés par Ellis. Le malade doit apprendre à se soulever sur la pointe des orteils, et à garder cette position un certain temps, pour appuyer ensuite graduellement sur le talon. Le meilleur exercice consiste à soulever un poids au moyen d'une corde passant sur une poulie.

E. KIRMISSON.

III. – D'après Ellis, le genu valgum et le pied plat sont des exagérations de courbures normales. Dans les deux difformités, la série des faits est la même : défaut de force musculaire, distension des ligaments, modification des surfaces osseuses. L'indication principale est de fortifier par l'exercice les muscles qui, lorsqu'ils sont doués de toute leur vigueur, s'opposent à ces difformités.

Le meilleur exercice consiste à soulever un poids au moyen d'une corde passant sur une poulie. Le pied, le genou et la cuisse sont portés dans une extension complète; puis, après une pause, on entraîne soudainement et vigoureusement le membre en arrière. Tourner une roue dont la poignée est placée si haut qu'on ne l'atteint qu'avec peine lorsqu'elle est en haut, est encore un exercice avantageux. Tout ce qui stimule la nutrition, frictions sèches, massage, est utile. Il faut aussi surveiller l'attitude du pied pendant la marche.

La pointe du pied doit être portée en avant et en bas, et non en dehors; le talon vigoureusement appuyé, soulevé à chaque pas, et le genou raide. Un excellent exercice est celui qui consiste à s'élever sur la pointe des orteils. Tous les exercices, surtout au début du traitement, doivent être faits avec les pieds nus. Les appareils ne sont pas nécessaires.

E. KIRMISSON.

IV. — 64 observations personnelles de pieds bots traités par la ténotomie et l'orthopédie qui lui ont donné, chez des enfants :

49 guérisons complètes ;
5 guérisons incomplètes par abandon prématuré du traitement ;
10 guérisons incomplètes, en cours de traitement.

Krauss, après avoir examiné le résultat des traitements opératoires par résections osseuses ou sections étendues des parties molles (méthode de Phelps), conclut que l'orthopédie mécanique est le traitement souverain du pied bot chez les enfants, en exceptant seulement les pieds bots devenus constamment et fortement douloureux.

Ce traitement en effet amène la guérison en utilisant les forces de la nature et rend au squelette du pied ses proportions normales en atrophiant certaines parties par une pression soutenue et en favorisant le développement des autres par la suppression d'une pression anormale.

Un long traitement et des précautions minutieuses après la guérison sont indispensables pour arriver à ce résultat.

Pour que cela soit possible, il faut employer des moyens simples, des appareils peu coûteux fabriqués par le médecin lui-même qui peut seul les approprier aux indications de chaque cas. Il faut savoir s'affranchir pour ce traitement de la tutelle des fabricants d'instruments.

MAURICE HACHE.

V. — Lund (de Manchester) ouvre la discussion, en disant que, 16 ans auparavant, au Congrès de Birmingham, en 1872, il a présenté un cas dans lequel il avait fait avec succès l'ablation des deux astragales. Aujourd'hui il peut montrer ce même malade arrivé à l'âge d'homme, et capable de marcher sans la moindre difformité.

R. W. Parker rappelle le travail de Buchanan, le président actuel, publié il y a un bon nombre d'années, travail dans lequel il conseille l'incision en masse et à ciel ouvert de tous les tissus s'opposant au redressement, au lieu de la simple ténotomie.

Ses dissections lui ont montré que l'obstacle au redressement siège dans les ligaments, et surtout dans les ligaments astragalo-scaphoïdiens. Aussi a-t-il été amené à douter de la valeur de la ténotomie. Il attache plus d'importance à la section des ligaments, y compris l'aponévrose plantaire, qu'à celle des tendons. Il conseille de faire, aussitôt après l'opération, un redressement aussi complet que possible. Quant au pansement, il emploie toujours l'appareil plâtré.

Il désapprouve complètement la tarsotomie chez les jeunes enfants. Chez ceux qui ont dépassé quinze ans, elle peut être exceptionnellement nécessaire. Chez les adultes, dans les cas de pied bot invétéré, ayant entraîné des déformations secondaires, la tarsectomie peut être avantageuse.

Al. Ogston pense que la ténotomie faite au hasard est inutile et peu scientifique. Il donne la préférence au procédé de Hüter, qui redresse légèrement le pied, et le fixe dans un appareil plâtré qu'il enlève pour le renouveler au bout de quelques jours.

Cette méthode est bonne chez les jeunes enfants; mais plus tard et quelquefois, même de 3 à 5 ans, il faut avoir recours à des opérations osseuses.

James Whitson pense que même les opérations sur les os ne constituent que le premier stade du traitement, et qu'un traitement consécutif est utile pendant 18 mois, ou même plus. Au-dessus de 5 ans, l'extraction de l'astragale est nécessaire.

George Buchanan divise tous les pieds bots varus en trois classes : 1° le moindre degré qu'on voit chez les tout jeunes enfants, et où la difformité tient au raccourcissement et à la rigidité des tendons, des aponévroses et des ligaments; 2° le second degré dans lequel la réduction à l'aide des mains seules est impossible; 3° le troisième degré où il faut agir sur les os. Chez les jeunes enfants, ces dernières opérations sont inutiles.

Noble Smith pense que l'ostéotomie est bien rarement indiquée, si même elle l'est jamais, chez les enfants au-dessus de 10 à 12 ans.

B. P. Symonds a fait avec succès, il y a 4 ans, la section du tarse avec la scie à chaîne, il recommande cette ostéotomie de préférence aux autres opérations sur le tarse.

E. KIRMISSON.

VI. — Graser défend la méthode d'Heineke ; redressement forcé et

immobilisation dans des appareils plâtrés. Il condamne absolument la section du tendon d'Achille ; car celle-ci faite, on manque de point d'appui pour corriger la supination et l'adduction. Souvent on n'obtient presque rien lors de la première tentative de redressement, mais les tentatives ultérieures donnent davantage, et on obtient la correction des déformations les plus avancés si les malades ne se soustraient pas trop tôt au traitement. Lorsque la correction est complète, le port d'appareil est inutile. PIERRE DELBET.

VII. — Avec la méthode sous-cutanée, il est difficile de sectionner toutes les fibres aponévrotiques, et au cas où quelques fibres résistent, on ne peut les couper sans courir le risque de blesser des vaisseaux importants. Avec l'incision à ciel ouvert, on peut couper complètement tout ce qui résiste, et, grâce à cela, abréger beaucoup le traitement post-opératoire. L'existence même d'une cicatrice n'est pas une objection, car, en faisant l'incision dans le creux sus-claviculaire, et parallèlement à la clavicule, la cicatrice n'est pas visible. L'auteur rapporte deux observations à l'appui de sa manière de voir.

Il a fait aussi l'application de la ténotomie à ciel ouvert dans un cas de contracture des muscles du creux poplité.

Quant au pied bot, l'incision à ciel ouvert a été recommandée par quelques chirurgiens ; mais, dans les cas ordinaires, elle n'est pas utile. Cependant, dans quelques cas particulièrement résistants, la correction n'est pas complète, même après le redressement forcé, suivant la ténotomie, même avec la section complète des ligaments, comme cela a été conseillé par Shattuck et Parker. C'est la déviation du col et de la tête de l'astragale qui est alors l'obstacle au redressement. Dans ces cas, l'incision à ciel ouvert qui n'est qu'une ténotomie plus étendue, ne réussit pas non plus. Il faut, après l'opération, appliquer un appareil de contention, qui doit être conservé un temps suffisant pour la production d'une nouvelle facette de l'astragale. Un autre traitement est l'excision du tarse ou l'ablation de l'astragale.

La première méthode réussit dans un grand nombre de cas difficiles. La seconde réussit également, et sans grand danger ; mais elle entraîne nécessairement une mutilation considérable du pied, qu'on doit, autant que possible, éviter.

L'auteur a eu recours à un procédé intermédiaire : Incision à ciel ouvert sur le côté interne du pied, avec division des ligaments entre le scaphoïde, le calcanéum et l'astragale, section de l'aponévrose plantaire, ostéotomie linéaire du col de l'astragale.

Il s'agissait d'un enfant de 11 ans, atteint d'un pied bot varus congénital à droite. Après un pansement antiseptique, on maintint la réduction par un appareil plâtré. Au bout de 15 jours, l'appareil fut enlevé, et la plaie trouvée guérie, l'enfant fut revu quatre mois après ; il n'y avait pas de récidive ; il y avait même un léger degré de valgus, tenant à un excès de correction.

E. KIRMISSON.

I. — Traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée, par VERNEUIL (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *t. XIX*, *n°* 3).

II. — On the specific treatment of anthrax, anthracœmia and of carbuncle, par MASKETT (*Lancet*, 11 *février* 1888).

I. — Verneuil se sert de la solution phéniquée à 2 0/0. Comme appa-

reil, il emploie les pulvérisateurs à alcool : ceux qui fonctionnent 25 minutes suffisent dans la majorité des cas pour les furoncles et les petits anthrax. Pour les grosses tumeurs où la peau n'est pas entamée ou l'est peu, il vaut mieux se servir d'appareils plus puissants, comme ceux dont on fait usage dans la chirurgie antiseptique pour produire le spray en abondance. On place l'appareil à une certaine distance de la peau, suivant l'intensité du jet de vapeur et aussi suivant la sensation éprouvée par le malade. En moyenne, deux heures de pulvérisation par jour suffisent, réparties en deux, trois ou quatre séances, au choix du patient. Dans l'intervalle, on se contente d'appliquer des compresses phéniquées.

Ainsi pratiquées, les pulvérisations phéniquées feraient, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement les furoncles et les petits anthrax. Dans les cas plus graves, elles arrêteraient la marche du mal, faisant en même temps cesser les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, et hâtant la détersion des foyers purulents et gangréneux. Enfin, elles tendent à prévenir les auto-inoculations extérieures et les phénomènes d'infection générale. A. CARTAZ.

II. — L'expérience acquise par une longue pratique dans un pays où ces affections sont journalières a montré à l'auteur que l'ipéca agissait comme un véritable spécifique et que son action était analogue à celle de la quinine dans la fièvre intermittente et du mercure dans la syphilis. Il l'emploie à l'intérieur dans les formes ordinaires et à l'extérieur sous forme de topique mou qu'il obtient en délayant la poudre dans une petite quantité d'eau. — Ce traitement, qu'il emploie depuis longtemps, lui a donné les meilleurs résultats. L. B.

OPHTALMOLOGIE.

Migraine et astigmatisme, par G. MARTIN (*Annales d'oculistique, t. XCIX, p. 24, janvier-février* 1888).

A côté de l'état constitutionnel qui préside à l'apparition des accès, la migraine est liée à un phénomène intra-oculaire, une contraction partielle du muscle ciliaire, qui est correctrice d'un astigmatisme cornéen ou spasmodique. Les crises sont préparées par ces contractions partielles. Plusieurs faits viennent à l'appui de cette théorie : tous les sujets atteints de migraine présentent ces contractions partielles, ainsi qu'il résulte de l'analyse de 352 observations. Quand un seul œil est astigmate (A. statique ou A. dynamique), c'est uniquement du côté de cet organe que se localise la migraine : bien plus, si le degré d'astigmatisme est plus considérable d'un côté, c'est ordinairement de ce côté que les crises sont plus fréquentes et plus violentes : enfin lorsqu'un seul œil sert à la vision, c'est de ce côté que se produit la migraine. Des preuves importantes sont fournies par la thérapeutique, d'une part l'efficacité de l'atropine si l'on parvient à triompher de la contraction partielle, de l'autre

l'usage continuel des verres cylindriques appropriés qui modifie très sensiblement l'état migraineux et parfois donne des guérisons complètes et durables. F. DE LAPERSONNE.

Pathogénie et traitement de la myopie progressive, par RUIZ et KŒNIG (*Recueil d'ophtalm.*, *X*, *n*° 4, *p.* 224).

Dans le spasme accommodatif des myopes, il faut faire intervenir l'action des fibres longitudinales du muscle ciliaire, qui se continuent en arrière avec les fibres longitudinales de la choroïde signalées par Müller et Schweiger, formant ainsi une seule membrane. Le staphylôme postérieur, le ramollissement du corps vitré, le décollement de la rétine, et toutes les complications de la myopie progressive sont la conséquence de la contraction exagérée de la couche musculaire longitudinale de la choroïde. Pour éviter ces complications, les moyens médicaux n'étant pas suffisants, les auteurs se demandent s'il n'y aurait pas lieu de tenter la section de ces fibres, en arrière du canal de Schlemm ; on pourrait aussi, ce qui a été fait, essayer l'extraction du cristallin même transparent. F. DE LAPERSONNE.

De la myopie, ses rapports avec l'astigmatisme; étude statistique et clinique, par CHAUVEL (*Arch. d'ophtalm.*, *VIII*, *n.* 3 *et* 4, *p.* 193 *et* 301).

Ce travail porte sur plus de 1,200 examens d'amétropies qui ont été constatées objectivement et subjectivement, mais sans paralysie préalable de l'accommodation. Il résulte de ces recherches que l'amplitude de l'accommodation n'est pas modifiée d'une façon notable et régulière par la myopie : cependant elle diminue légèrement pour les degrés élevés. L'acuité visuelle, même avec la correction sphérique, présente un affaiblissement progressif dans les myopies fortes : le champ visuel est également modifié et se rétrécit légèrement. Quant au staphylôme, il suit régulièrement le développement de la myopie : la coexistence de l'astigmatisme est fréquente, mais il n'existe aucun rapport entre le développement des deux amétropies, elles n'ont aucune action l'une sur l'autre. Il résulte, en outre, des faits étudiés que l'inclinaison des méridiens principaux n'exerce aucune influence sur la situation du staphylôme postérieur. F. DE LAPERSONNE.

Nystagmus expérimental, par BEAUNIS (*Soc. de biologie*, *4 février* 1888).

Le nystagmus est direct ou réflexe. Le nystagmus direct est unilatéral, il se produit par excitation de l'hémisphère opposé : les lésions produites sont de nature irritative (courants induits) ou destructive (injections caustiques), mais il est probable que c'est toujours par processus irritatif qu'il se présente. La diffusion empêche d'en bien localiser l'action, on peut dire cependant que le siège de l'excitation est aux tubercules quadrijumeaux. Il s'accompagne souvent d'oscillations isochrones de la paupière supérieure et de la tête, cet isochronisme n'est pas absolu. Le nystagmus réflexe est bilatéral : il s'observe à la suite de lésions très diverses quant à leur nature et à leur siège. Brown-Séquard se rallie à la théorie de l'irritation : il pense que l'irritation d'une partie

quelconque du cerveau peut donner lieu au phénomène. Laborde dit qu'il accompagne toujours la piqûre du plancher du 4e ventricule.

F. DE LAPERSONNE.

Cas remarquable d'ectasie globuleuse de la cornée, par TERSON (*Broch., Toulouse*, 1888).

La cornée globuleuse ou kératoglobe peut se présenter sous deux formes qu'il est important de différencier ; l'une, essentiellement maligne, portant son action sur le globe de l'œil tout entier et amenant rapidement tous les désordres que présentent les diverses variétés de l'affection glaucomateuse ; l'autre, relativement bénigne, est localisée presque entièrement dans la cornée, ou tout au moins dans la région antérieure de l'œil, et n'entraîne pas fatalement une complication glaucomateuse. L'auteur a observé un cas de ce genre chez un individu atteint de cataracte, l'extraction se fit sans complication et l'acuité visuelle était excellente avec 3,5 dioptries, ce qui prouvait l'existence d'une myopie forte sans aucune espèce d'astigmatisme.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber eine eigenthümliche Form von Keratitis bei Intermittenz (Sur une forme spéciale de kératite dans la fièvre intermittente), par MILLINGEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier* 1888).

L'auteur fait observer que cette kératite a une ressemblance frappante avec la kératite dendritique de Hock, Hansen Grut et Emmert, et la kératite en sillons étoilés de Gillet de Grandmont. Millingen est le premier qui la rattache à la fièvre intermittente. Habituellement elle se présente sous forme d'une érosion superficielle au bord temporal de la cornée, ou encore d'une érosion infectieuse en un point quelconque de la cornée ; dans les cas récents, on dirait une éraillure traumatique ; en même temps, les bords sont entourés par une zone grisâtre superficielle, due à une dégénérescence des cellules épithéliales. L'ulcération envahit le centre de la cornée, et lorsque l'épithélium est tombé, la partie, ainsi mise à nue, s'infiltre vers la profondeur. Ce qu'il faut noter encore, c'est une anesthésie assez marquée de la cornée. La guérison se fait lentement, et est précédée d'une vascularisation de la membrane cornéenne.

ROHMER.

Ueber operative Behandlung des Trachoms (Traitement opératoire du trachome), par SCHNELLER (*Archiv f. Ophthalm. XXXIII, n°* 3).

Après cocaïnisation de l'œil, et lavages antiseptiques, l'opérateur, avec la main gauche, renverse la paupière, et fait saillir le pli conjonctival qui doit être excisé, en repoussant vers l'orbite et le globe oculaire le bord libre de la paupière ; la main droite armée d'une pince spéciale, un peu analogue à la pince de Desmarres, saisit dans toute sa longueur le pli conjonctival à exciser, sur une largeur de 2 à 4 millimètres, et à l'endroit où la conjonctive est le plus gonflée : la pince fermée par un verrou est tenue de la main gauche et pendant qu'un assistant maintient retournée la paupière à opérer, l'opérateur avec des

ciseaux de Cooper, tenus de la main droite, excise le pli conjonctival dans toute sa largeur, en le séparant bien du tissu sous-conjonctival. L'opération terminée, on lave à l'eau froide antiseptique, puis on applique un bandage occlusif; pendant huit jours, on renouvelle journellement le pansement, et au bout de ce temps, la plaie est réunie.

Il faut alors traiter les lésions cornéennes par les moyens habituels.

ROHMER.

Des ruptures scléro-cornéennes, principalement au point de vue de leur traitement, par NUEL (*Ann. d'oculistique, XCIX, p.* 264).

Il existe trois degrés de rupture de la sclérotique, avec hernie simple de l'iris, avec luxation du cristallin, avec issue abondante du corps vitré. Pour les deux premières variétés, le danger n'est pas dans la cyclite, elles siègent généralement à 1 ou 2 millimètres du bord cornéen, en avant du bord antérieur du corps ciliaire, qui est bien à 2 1/2 ou 3 millimètres du limbe cornéen; ces ruptures se produisent dans la partie de la sclérotique qui empiète sur la cornée; elles méritent le nom de sclérocornéennes. Il n'y a pas davantage de suppuration, car le corps vulnérant n'apporte pas les germes pyogéniques, ou du moins elle est secondaire. Le véritable danger, c'est la formation d'une fistule scléroticale et d'un staphylôme de cette région, l'écoulement permanent de l'humeur aqueuse et l'absence de chambre antérieure, accidents analogues à ceux qu'on observe souvent après l'opération du glaucome. Pour les éviter, Nuel propose, après avoir pratiqué une sclérotomie dans la région de la rupture, de faire une suture croisée particulière, destinée à froncer la conjonctive autour de la plaie scléroticale. Cette suture peut être placée immédiatement après le traumatisme ou au bout de quelque temps. On doit maintenir pendant plusieurs jours le bandeau compressif.

F. DE LAPERSONNE.

Frühjahrscatarrh (Catarrhe printanier), par EMMERT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1888).

De 1878 à 1887, l'auteur a observé 29 cas à Berne; cette affection spéciale de la conjonctive, s'est surtout montrée pendant les étés chauds et secs; les cas les plus fréquents se montrèrent pendant les mois de mai, juillet et août, surtout vers l'âge de 12 ans. Le processus se localise, soit : 1) sur la conjonctive bulbaire et le limbe sous forme de nodosités rouges, pâles, dures, aplaties; soit 2) sur la paupière où la conjonctive montre de nombreuses proliférations de volume variable, à pédicule mince; soit 3) à la fois sur les deux muqueuses précédentes. C'est surtout au bord du lac de Thun que l'affection est fréquente. L'examen au microscope a confirmé les recherches déjà faites par Vetsch et Horner, à savoir une prolifération épithéliale extraordinaire. Emmert propose de l'appeler hypertrophie épithéliale estivale. ROHMER.

Frühjahrscatarrh der Conjunctiva (Conjonctivite printanière), par KÖNIGSTEIN (*Soc. des méd. de Vienne,* 17 *juin* 1887).

Il existe une conjonctivite qui survient au printemps et en été et qui,

après une certaine durée, disparaît sans traitement et ne laisse subsister aucune trace de son passage, mais récidive fréquemment. Elle participe aux caractères de la conjonctivite catarrhale et de la phlycténulaire. Elle détermine des exsudats qui peuvent envahir la cornée. Quand on examine la face interne des paupières, il semble qu'elle soit recouverte d'une mince couche de lait. On traite généralement cette conjonctivite par le sulfate de cuivre. L. GALLIARD.

Toxische Entzündung der Conjunctiva... (Inflammation toxique de la conjonctive par des chenilles processionnaires), par BAAS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *février* 1888).

Des ouvriers occupés à détruire par le feu des chenilles processionnaires, furent atteints par des poils tombés sur la peau et dans les yeux. Il en résulta, chez l'un d'eux, une conjonctivite extrêmement intense, qui, malgré les moyens employés (cocaïne, atropine, lavages) dura plus de quinze jours; les yeux guérirent sans traces d'inflammation. ROHMER.

Ueber eine durch Syphilis bedingte Form der Conjunctivitis granulosa (Une forme de conjonctivite granuleuse provoquée par la syphilis), par GOLDZIEHER (*Centrabl. f. prakt. Augenheilk.*, *avril* 1888).

Chez deux individus, vieux syphilitiques, survient une infiltration des conjonctives, avec coloration pâle, colloïde, comme exsangue; en même temps, surviennent des granulations en grand nombre. Chez l'un des malades, il y a, en même temps, une iritis, chez l'autre, une kératite parenchymateuse, accompagnée probablement d'inflammation du tractus uvéal; en même temps, il y a, chez les deux, un engorgement ganglionnaire généralisé, avec inflammation testiculaire. Le traitement général mercuriel amena rapidement la guérison complète. ROHMER.

Galvanokaustik bei Conjunctivitis follicularis, par REICH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *février* 1888).

L'auteur a traité par ce moyen des malades atteints de conjonctivite folliculaire au début, ou à son second stade d'évolution. Il s'est servi de l'aiguille de Nieden qu'il enfonçait isolément dans chaque follicule, après cocaïnisation de l'œil : chaque escharre produit une petite perte de substance, qui donne lieu ensuite à une cicatrice ponctuée, difficile à voir, même à la loupe, et dont l'ensemble ne donne pas lieu, par conséquent, à une rétraction cicatricielle. Les follicules voisins, non touchés, se résorberaient eux-mêmes sous l'influence de la cautérisation galvanocaustique. La guérison fut obtenue dans un espace de temps variant de 19 jours à 2 mois. On a ainsi le moyen, en s'aidant de l'expression et du raclage des follicules, puis des cautérisations aux nitrates d'argent et de cuivre, au sublimé et autres liquides antiseptiques, de guérir les follicules beaucoup plus rapidement qu'autrefois. ROHMER.

Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire (ophtalmie des scrofuleux), par AUGAGNEUR (*Province médicale*, 14 *juillet* 1888).

L'auteur a réuni un certain nombre d'observations pour démontrer que la kérato-conjonctivite phlycténulaire est le plus souvent sous la dépendance d'une rhinite chronique : celle-ci est la conséquence d'une inocu-

lation et provient quelquefois de la rougeole, plus habituellement de l'impétigo du cuir chevelu, dont le virus est inoculé directement par les doigts de l'enfant. La scrofule, dont le domaine est déjà bien restreint depuis les études récentes sur la syphilis héréditaire et la tuberculose, se verrait encore dépossédée de cette manifestation oculaire. Le traitement, qui a été employé, a été surtout dirigé contre la rhinite chronique par l'emploi de poudre antiseptique (parties égales de camphre, d'acide borique, de bismuth). La guérison a été facilement obtenue sans l'emploi de médication active du côté des yeux, sauf quelques gouttes d'atropine lorsque la cornée était prise. F. DE LAPERSONNE.

On ocular symptoms due to nasal disease, par GRADLE (*Arch. of Ophthalm.*, *XVI*, *n°* 4, *p.* 391).

Les principaux symptômes que l'on rencontre sont d'abord le larmoiement, même sans affection du sac et sans rétrécissement des points ou des canalicules lacrymaux. Dans d'autres cas, c'est une tension de la paupière, avec démangeaison et larmoiement, quelquefois même de véritables douleurs oculaires, tous ces symptômes accompagnant l'asthénopie accommodative ou musculaire. A un degré plus élevé, il existe de l'injection périkératique, de la conjonctivite folliculaire et même des œdèmes et des congestions soudaines des paupières qui pourraient faire croire à un érysipèle. L'auteur est convaincu que certaines formes de scotomes scintillants ou de chorée des muscles de l'œil ou de la paupière dépendent de la même cause. Parmi les maladies nasales qui produisent ces symptômes, il faut signaler les polypes, les catarrhes chroniques, du méat moyen en particulier, la fièvre de foin, mais surtout un état spécial, *irritable nose*, caractérisé par une congestion subite de la muqueuse nasale produisant l'occlusion plus ou moins complète des narines et qui se reconnaît parfaitement à l'examen objectif. Ce qui paraît réussir le mieux dans ces cas, c'est la cautérisation par le galvano-cautère. Le diagnostic de l'origine nasale des troubles oculaires ne peut se faire, bien entendu, que par les résultats du traitement ; cependant il faudra toujours y penser, lorsqu'on ne retrouvera pas d'autres causes pouvant expliquer les symptômes observés. F. DE LAPERSONNE.

Iritis bei Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Iritis consécutives à des suppurations du nez et de ses cavités accessoires), par ZIEM (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *décembre* 1887).

L'auteur rapporte trois cas d'iritis plastiques consécutives à des suppurations du nez ou des sinus frontaux. Ces iritis cédèrent facilement à un traitement local et à des lavages fréquents des cavités nasales ; c'est ce qui amena l'auteur à admettre une relation directe entre les deux affections. Malheureusement la lecture des observations n'est pas si concluante ; la première est simplement citée sans aucun détail ; dans la seconde, on voit en effet une iritis coïncider avec une rhinite suppurée ; mais dans la troisième, le malade était aussi atteint de blennorragie. La pathogénie de cette sorte d'iritis n'est donc pas encore nettement établie, et c'est en vain qu'on en chercherait une explication plausible dans le travail de l'auteur. ROHMER.

De la panophtalmie sans plaie exposée, par ROLLAND (*Recueil d'ophtalm.*, *X*, *n°* 4, *p.* 193).

La clinique enseigne que les tissus de l'organisme, en particulier les milieux intérieurs de l'œil, peuvent être envahis par la suppuration, sans être mis en communication avec l'air extérieur par une plaie de l'œil ou de tout autre point de l'organisme, en l'absence de toute maladie générale infectieuse. Cette panophtalmie sans plaie exposée est le résultat de deux causes : d'une cause efficiente, la présence des germes, ayant pénétré du dehors dans l'œil, en passant par les voies respiratoires intactes, et d'une cause occasionnelle, un trouble de nutrition, transformant les milieux intérieurs de l'œil, à l'état de santé inhospitalier pour les microbes, en un terrain favorable à leur multiplication et à leur développement. F. DE LAPERSONNE.

Traité complet d'ophtalmologie. — Maladies de la rétine, tome IV, fasc. I, par de WECKER (*In-8°, avec pl., Paris*, 1888).

L'anatomie est de Schwalbe qui divise la rétine en deux parties suivant son développement embryogénique, feuillet externe et feuillet interne de la vésicule secondaire ou rétine proprement dite. Elle se subdivise de même en portion centrale, comprenant depuis la limitante externe jusqu'à la couche externe réticulaire (ancienne couche granuleuse externe) et en portion épithéliale ou des cellules visuelles comprenant les grains externes, la limitante externe, enfin les cônes et les bâtonnets. Il admet, avec la généralité des auteurs, que les cellules visuelles ou cellules névro-épithéliales, communiquent avec les fibres nerveuses et qu'elles ont, comme cellules terminales, le même rôle physiologique que les cellules du goût ou de l'odorat. Il rappelle les recherches récentes de Samelsohn et de Vossius sur la distribution des fibres optiques, en particulier celles de la macula, qui occupent la portion dorsale du chiasma, puis gagnent le centre du nerf optique et enfin arrivent à la portion externe du nerf au moment de son entrée dans le globe.

La pathologie de la rétine débute par les troubles circulatoires, l'hyperémie, la télangiectasie ou dilatation anormale et permanente des vaisseaux d'origine congénitale, les anévrismes de l'artère centrale, l'anémie et l'ischémie rétinienne, enfin l'embolie de l'artère centrale. L'embolus peut occuper le tronc même ou l'une de ses branches, de là des phénomènes tout différents qui nécessitent une description spéciale. Dans le premier cas la vision est abolie d'une façon soudaine et ne se rétablit guère qu'à la périphérie. Par l'examen ophtalmoscopique on reconnaît la déplétion des artères, qui sont réduites à de minces filets blanchâtres ; les veines très rétrécies vers la papille s'élargissent à la périphérie et elles présentent quelquefois une oscillation de la colonne sanguine qui est peut-être en rapport avec la respiration : la macula offre, par suite de l'œdème rétinien, cet aspect tout particulier qu'il faut se garder de confondre avec une hémorragie. Puis viennent les thromboses et les diverses altérations pathologiques des vaisseaux qui précèdent les apoplexies et les hémorragies rétiniennes. Il est bien rare d'ailleurs que l'extravasion sanguine ne s'accompagne pas d'un certain degré d'inflammation et nous avons alors la rétinite hémorragique. La prépondé-

rance des foyers de dégénérescence sur les autres altérations, la tendance manifeste à la disposition en étoile autour de la macula et en cercle autour de la papille caractérisent la rétinite néphrétique. Sa pathogénie doit être recherchée dans les altérations vasculaires et cardiaques qui produisent leurs effets à l'époque où l'excrétion urinaire s'entravant de en plus en plus, la tension vasculaire est augmentée. Autour de cette rétinite se groupent naturellement les formes plus rares de rétinite diabétique, oxalurique, leucémique, ictérique, etc. Quant à la rétinite syphilitique isolée, sans participation de la choroïde, Wecker met son existence en doute. Les diverses variétés de rétinite diffuse, interstitielle, séreuse et suppurative n'ont pas d'existence clinique propre, ce sont des altérations rencontrées dans d'autres lésions. La rétinite pigmentaire ou tigrée n'est caractérisée que par des altérations nutritives, dégénérescence pigmentaire et sclérose vasculaire avec hyperplasie du tissu cellulaire, c'est la cirrhose de la rétine. — Dans l'étude clinique du décollement rétinien il faut bien distinguer le décollement postérieur, circonscrit, du détachement total toujours incurable. Wecker condamne presque tous les moyens chirurgicaux employés contre le décollement, en particulier l'iridectomie. Enfin il termine ce volume par l'étude des tumeurs qu'il divise en tumeurs malignes, gliomes et tubercules, et en tumeurs bénignes, fibromes, kystes et cysticerques sous-rétiniens. F. DE LAPERSONNE.

Embolie de l'artère centrale de la rétine ; son traitement par le massage, par MULES (*Ophtalm. Soc. of un. Kingdom*, 6 *juillet* 1888).

Une femme de 21 ans avait tout à coup remarqué un scotome dans le segment supérieur du champ visuel droit : l'examen, pratiqué quelques heures après, permit de constater une obstruction dans une des branches descendantes de l'artère centrale de la rétine ; le vaisseau paraissait contenir un caillot incolore qui s'étendait de la pupille à la première bifurcation artérielle. Il existait déjà un certain degré d'œdème rétinien. Le massage du globe fit disparaître rapidement les symptômes : la vue redevint normale et le vaisseau reprit son aspect habituel. La malade n'était sujette ni à des migraines, ni à des désordres menstruels, et elle n'était pas leucémique. Quant à la coloration du caillot, Hirschberg, consulté, pense qu'elle est due à une accumulation de leucocytes et que l'embolie siégeait derrière le globe oculaire.

F. DE LAPERSONNE.

Pronostic de la rétinite albuminurique, par Miles MILEY (*Opht. Soc. of unit. Kingd.*, 26 *janvier* 1888).

Sur 164 cas de néphrite, l'auteur a vu 51 fois la rétinite ; la durée moyenne de la vie à partir de l'apparition des symptômes oculaires est de 6 mois. Il en conclut que les lésions oculaires ne surviennent qu'à une période avancée du mal de Bright : elles ont une signification pronostique fâcheuse, la mortalité des cas avec rétinite dépassant de près de moitié celle des cas sans rétinite ; la survie la plus longue a été de 18 mois. Il est possible cependant que le pronostic soit moins grave dans la clientèle privée et chez les femmes enceintes.

Pour Simeon Snell, la rétinite ne précède jamais la lésion rénale : la survie varie de 6 semaines à 14 mois. Mac Hardy pense que le pronostic serait plus favorable chez les alcooliques, chez les jeunes malades et

chez les femmes enceintes. Van Millingen a observé, il y a 8 ans, une rétinite brightique unilatérale chez un malade qui vit encore.

F. DE LAPERSONNE.

Des hémorragies rétiniennes dans la région de la macula, par LANG (*Ophthalm. Soc. of un. Kingdom*, 8 *mars* 1888).

Chez ce malade, la vision était redevenue absolument normale au bout de quelque temps. Il s'agissait probablement d'un épanchement sanguin entre la rétine et l'hyaloïde, car le malade percevait une lueur rouge, et l'on voyait au devant de l'épanchement des replis semblables à ceux que pourrait former la membrane hyaloïde détachée de la rétine. La forme circulaire que présente l'extravasation dans les cas de ce genre, s'explique par une disposition anatomique sur laquelle Marcus Gunn a le premier attiré l'attention ; au niveau de la tache jaune, la membrane hyaloïde adhère faiblement à la rétine, et l'épanchement sanguin sépare facilement ces deux membranes jusqu'au point où leur union devient plus intime. — Nettleship accepte cette explication, et pense que le sang vient d'un vaisseau rétinien. — Anderson a observé des épanchements sanguins sous-hyaloïdiens. F. DE LAPERSONNE.

Colobome irien et choroïdite maculaire, par de LAPERSONNE (*Arch. d'ophtalm., VIII, n° 2, p.* 118).

Chez une femme présentant un colobome irien inférieur des deux yeux, sans colobome du cristallin, de la région ciliaire ou de la choroïde, on trouvait au fond de l'œil des lésions toutes particulières. Les deux papilles étaient entourées d'une plaque d'atrophie choroïdienne formant un croissant assez régulier, bordé et parsemé de pigment. A droite, la région maculaire était le siège d'une large plaque de choroïdite ancienne avec amas pigmentaires, sans ectasie du globe à ce niveau, sans connexion avec les vaisseaux : il existait, en outre, quelques taches de choroïdite analogues vers le pôle postérieur des deux yeux. On peut admettre l'origine congénitale de cette lésion inflammatoire et la rapporter à la même cause que le colobome. Ce n'est pas un simple arrêt de développement qui peut expliquer toutes ces malformations et ce fait vient à l'appui de la théorie inflammatoire qui tend de jour en jour à être admise. F. L.

De l'iridectomie. Nouveau procédé opératoire, par Ch. ABADIE (*Ann. d'oculistique, t. XCIX, p.* 261).

Abadie a modifié de la façon suivante une opération déjà faite par Wecker. Avec deux couteaux lancéolaires parfaitement tranchants, il pratique en même temps deux sections de 4 à 5 millimètres de largeur, l'une en haut, l'autre en bas de la cornée. Cela fait, il introduit les ciseaux-pinces, dont une branche est aiguë, au milieu de la section inférieure, la branche aiguë est glissée sous l'iris, et on donne deux coups de ciseaux à droite et à gauche, circonscrivant ainsi le sommet d'un triangle. Puis, par la section supérieure, il attire au dehors le lambeau moyen, et, d'un coup de ciseaux, il l'excise ; il obtient ainsi une grande ouverture béante, de forme triangulaire, à sommet en bas. F. DE LAPERSONNE.

Leucosarcome du corps ciliaire, par HAENSELL (*Annales du labor. des Quinze-Vingts, t. I, fasc.* 1, *p.* 59).

Les observations de leucosarcome du corps ciliaire sont extrêmement rares, l'auteur n'a pu en réunir que quatre, dont deux appartiennent à Fieuzal; c'est sur l'une de ces observations que l'auteur appuie son étude anatomo-pathologique très intéressante; l'affection se présente sous la forme d'une infiltration mal localisée du corps ciliaire, elle a la consistance et la couleur de la moelle ou du cerveau, tantôt parfaitement localisée, elle perfore quelquefois la sclérotique et se répand sur la cornée : longtemps confondue avec un glaucome ou une iridocyclite, elle finit par apparaître à l'extérieur ou donne lieu à des douleurs qui nécessitent l'énucléation. Elle se développe aux dépens de toutes les cellules conjonctives qui entrent dans la composition du corps ciliaire lamina-fusca, tissu interfibrillaire du muscle et tissu circumvasculaire, y compris les cellules cylindriques de la région rétinociliaire, ce qui prouverait leur origine conjonctive et non épithéliale. La tumeur est formée par des cellules arrondies ou déformées par le tassement, leur volume est très variable, un très grand nombre de vaisseaux volumineux traversent la tumeur. Haensell a pu suivre toutes les transformations des cellules sarcomateuses, toutes les phases de la division indirecte, grâce aux diverses figures karyokinétiques; en outre l'étude de la chromatine dans le protoplasma et le noyau lui fait supposer qu'il existe un courant de la substance chromatique vers le noyau et que lorsque celle-ci est suffisamment accumulée elle produit par son mouvement les différentes phases de la karyomitose. C'est dans le système vasculaire qu'il faut chercher l'origine de l'irritation qui donne l'impulsion à ces divisions cellulaires; car la division est plus avancée autour des vaisseaux, et la substance chromateuse doit venir du sang; Mais quel est l'agent de l'altération des vaisseaux et du sang? Pour les leucosarcomes purs, il est encore impossible de répondre : dans un cas d'inoculation tuberculeuse de la chambre antérieure d'un lapin, l'auteur a obtenu une véritable tumeur du corps ciliaire présentant une structure analogue à celle du leucosarcome. F. DE LAPERSONNE.

A case of injury to the eye from lightning-stroke (Traumatisme de l'œil par la foudre), par BULLER (*Arch. of ophtalm., XVII, n°* 2, *p.* 131).

Une jeune femme, assise près d'une fenêtre ouverte, reçoit le choc électrique, elle est projetée à une certaine distance dans la chambre; état syncopal et phénomènes généraux graves, brûlures superficielles sur diverses parties du corps, en particulier au niveau du sourcil gauche. Les jours suivants on constate de l'œdème des paupières et pendant plusieurs semaines l'œil gauche est en strabisme interne et supérieur avec diplopie. Lorsque Buller l'examine, il n'y a plus de traces du traumatisme, pas de strabisme, mais l'abduction est presque impossible, la pupille réagit mal à la lumière, V=1/3 environ. On constate une cataracte corticale postérieure et quelques opacités vitréennes, qui n'empêchent pas l'examen du fond de l'œil. La papille est pâle, les vaisseaux peu volumineux à bords blanchâtres, enfin, à l'extrême périphérie de la rétine, en dehors, on constate une tache pigmentaire qui semble résulter d'une rupture choroïdienne ou d'une hémorragie rétinienne, peut-être des deux. Il existe un rétrécissement concentrique du champ visuel pour le blanc et les couleurs qui paraît en rapport avec l'atrophie papillaire commen-

çante. Etant donné qu'on n'a pas pu examiner l'œil peu de temps après l'accident, il est difficile de dire si cette atrophie est due à un épanchement dans les gaines du nerf optique ou à une névrite interstitielle.

F. DE LAPERSONNE.

Contribution clinique à l'étude du scotome annulaire, par Swan BURNETT (*Trans. of the Amer. ophth. Society, New-London,* 1887).

On est loin d'être d'accord sur l'origine du scotome annulaire, on l'a observé dans certaines formes de choroïdites et de rétinites pigmentaires : pour Burnett, le point de départ est dans une lésion du nerf optique. Il a été établi anatomiquement que les fibres du nerf se divisaient en trois groupes : les fibres papillomaculaires, intermédiaires et périphériques. Ce serait une névrite, circonscrite au groupe des fibres intermédiaires, qui produirait le scotome annulaire. F. DE LAPERSONNE.

Das Œdem der Suprachoriodea bei Glaukom ein Artefact ? (L'œdème de la suprachoroïde dans le glaucome est-il un produit de l'art ?) par SCHLEGTENDAL (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., février* 1888).

Réponse à un travail de Stölting-Hannover, sur le glaucome après l'extraction linéaire, qui prétendait que la suprachoroïde était le siège d'œdème et même d'hémorragies, et partant la cause de l'augmentation de tension de la chambre postérieure. Pour Schlegtendal, les plis de l'iris, les décollements de l'iris et de la choroïde, ainsi que du muscle ciliaire, sont dus à ce que la celloïdine dans laquelle on plonge les préparations (procédé de Czermak) se rétracte sous l'influence de l'alcool. ROHMER.

Cases of ophthalmoplegia, par J. HUTCHINSON (*Trans. of the ophth. Soc. of the un. Kingdom., VII, p.* 250).

L'auteur a réuni plusieurs cas d'ophtalmoplégie mixte d'origine syphilitique : une des observations se rapporte à un malade atteint d'ophtalmoplégie mixte du coté droit, avec exophtalmie légère et congestion palpébrale, d'origine syphilitique; la mort fut causée par des phénomènes cérébraux et à l'autopsie on constatait des altérations vasculaires du sinus, obstruction partielle de la carotide interne et inflammation de tous les troncs nerveux. Les autres cas guérirent sous l'influence de l'iodure de potassium et du traitement mercuriel. Ce qui permettra de songer à une affection du sinus plutôt qu'à une paralysie nucléaire, c'est surtout l'envahissement plus tardif du moteur externe dont le tronc est plus éloigné de la paroi du sinus : les douleurs vives par envahissement de la branche ophtalmique, l'exophtalmie, la congestion des paupières et même le gonflement des veines rétiniennes plaident en faveur de cette opinion. F. DE LAPERSONNE.

A case of tumour of the optic nerve, par G. LAWSON (*The Roy. London opht. hosp. Reports, XII,* 1, *p.* 1).

Les symptômes qui faisaient penser tout d'abord à une tumeur du nerf optique étaient la propulsion de l'œil en bas et en dehors sans exophtalmie prononcée, la rapide diminution de la vue commençant avec le strabisme

et aboutissant à l'atrophie blanche du nerf optique. C'est là le symptôme le plus important, car dans les tumeurs ordinaires de l'orbite, l'amblyopie ne survient beaucoup plus tard que lorsqu'il y a compression ou tiraillement du nerf. L'extraction de la tumeur fut assez facile et on put enlever en masse le globe et la tumeur. Celle-ci mesurait 23 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, elle était lobulée à sa surface, entourée par une gaine fibreuse, intimement unie au nerf qui était dissocié : la partie antérieure contenait plusieurs petits kystes et quelques hémorragies interstitielles : l'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un myxosarcome. F. DE LAPERSONNE.

De l'érythropsie, par VALUDE (*Arch. d'ophtalm., VIII, n° 2, p.* 130).

L'érythropsie relève de deux ordres de causes : 1° d'une part de l'aphakie et du nervosisme qui préparent d'une manière différente la susceptibilité de la rétine ; 2° d'autre part, des causes occasionnelles dont les principales sont : l'éblouissement par une source lumineuse intense, l'usage des mydriatiques, une fatigue corporelle excessive, etc. Avec Purtscher, il faut admettre que l'érythropsie est l'expression d'une fatigue rétinienne survenant dans un organisme prédisposé. Étant donnée une rétine préparée par les causes prédisposantes, celle-ci venant à subir soit une irritation lumineuse inaccoutumée, soit un éblouissement par un mydriatique, il en résultera une excitation ultra-physiologique, et par suite un épuisement qui se traduira par la perte de la sensibilité pour les rayons colorés les plus réfrangibles, le rouge seul continuant à être perçu. Une fois que le premier accès a eu lieu, l'érythropsie peut se reproduire sous les influences les plus légères. F. DE LAPERSONNE.

I. — Zur Kenntniss der anästhetischen Wirkung der Erythrophlaeinum muriaticum (Contribution à l'étude de l'action anesthésique du chlorhydrate d'érythrophléine), par BERNHEIM (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1888).

II. — Versuche zur Anaesthesirung des Auges mittelst Erythrophlein muriaticum (Expériences sur l'insensibilisation de l'œil au moyen du chlorhydrate d'érythrophléine), par SCHMIDT-RIMPLER (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p.* 285, 2 *avril* 1888).

III. — Erfahrungen über die Anwendung des Cocaïns (Observations sur l'emploi de la cocaïne dans les opérations sur l'œil, surtout au point de son application en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales), par HERRNHEISER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., avril* 1888).

IV. — Fluorescinlösung... (La solution de fluorescine comme moyen de diagnostic des affections de la cornée), par STRAUB (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1888).

V. — Ueber die Anwendung des Creolins (De l'emploi de la créoline dans la thérapeutique oculaire), par PURTSCHER (*Ibidem, mars* 1888).

I. — L'instillation conjonctivale d'une solution d'érythrophléine à 2 0/00 produit une forte sensation de brûlure, du larmoiement, de l'injection de la conjonctive et une injection ciliaire ; l'anesthésie fut obtenue au bout de dix-huit minutes et dura six heures ; l'accommodation n'est nullement influencée et la pupille n'est pas dilatée.

Il ne semble pas que l'érytrophléine doive un jour détrôner la cocaïne, en chirurgie oculaire.

II. — C'est la conclusion à laquelle arrive également S. Rimpler à la suite de ses expériences sur l'homme et les animaux.

III. — Pour les cataractes, les iridectomies, les discisions, Sattler, à la clinique duquel ce travail a été fait, se contente de faire quelques instillations d'une solution à 3 0/0, et cela sans accidents. Quant aux injections sous-cutanées de cocaïne ou sous-conjonctivales pour les opérations sur les paupières et sur les muscles de l'œil et l'énucléation, l'auteur en est partisan, à condition qu'on opère une minute après l'injection ; car si l'on attend plus longtemps, le trop-plein du liquide injecté se résorbe au lieu de s'écouler à l'extérieur.

IV. — La cornée saine ne se laisse imprégner que difficilement par les matières colorantes, tandis que dépouillée de son épithélium, elle s'imprègne beaucoup plus facilement. Avec une solution alcaline à 1/2 0/0 de fluorescéine, on peut imprégner le fond d'une ulcère, ou une perte de substance de l'épithélium cornéen; ce moyen sert à confirmer le diagnostic et permet en même temps de suivre chaque jour le degré de régénération de l'épithélium.

V. — La créoline s'extrait de la houille anglaise par distillation sèche; a l'aspect et l'odeur d'une préparation de goudron ou d'acide phénique impur. Elle se dissout facilement dans l'eau à laquelle elle donne une teinte lactescente; au bout d'un jour, elle jaunit et il se précipite de petites gouttelettes huileuses ; l'auteur a employé la solution à 1 0/0. Lorsqu'on en verse 3 à 4 gouttes sur la conjonctive, on éprouve une sensation de brûlure et du blépharospasme, les paupières s'ouvrent après une demi-minute, les larmes coulent, l'irritation diminue et au bout de trois à quatre minutes, tout, sauf un peu d'irritation conjonctivale, a disparu. L'auteur en a obtenu des effets merveilleux dans la forme papillaire du trachome et dans les kératites ulcératives; la créoline est aussi préférable au sublimé dans les cas où l'irritation consécutive au sel mercurique doit être évitée (kératite à hypopyon). ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea, par Max SCHAEFFER (*Monats. f. Ohrenheilk.*, *n°* 8, *p.* 207, 1888).

D'après les observations de Schæffer, Tornwaldt aurait donné le nom de bourse pharyngée à une simple fente, variable dans sa forme et son existence et formée par l'intervalle de deux saillies de la tonsille pharyngée. Dans un grand nombre de cas, les phénomènes inflammatoires rapportés trop exclusivement par Tornwaldt à la petite cavité en questions dépendraient d'une inflammation de la tonsille elle-même et la destruction de la totalité de son tissu permettrait seule d'obtenir la guérison. LUC.

I. — Note sur un polype pédiculé de l'amygdale, par LANNOIS (*Lyon méd.*, *4 novembre* 1888).

II. — Sur un cas de polype amygdalien, par Paul KOCH (*Ann. mal. de l'oreille*, *octobre* 1888).

I. — Jeune homme entré à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques, se plaint de gêne de la gorge. A l'examen on ne trouve rien d'anormal, mais dès qu'on provoque un mouvement de déglutition, on voit un corps arrondi et allongé, venir se placer sur le dos de la langue. Il s'agit d'un polype volumineux relié au centre de l'amygdale par un pédicule gros comme une plume d'oie, de 6 millim. de long. Ablation. Le polype a 2 cent. 1/2 de long sur 1 centimètre de diamètre. Il s'agit d'un polype fibreux.

II. — Fille de 19 ans. Depuis 3 ans éprouve, du fait d'un corps étranger, quelques troubles de déglutition. On trouve un polype de l'amygdale long de 4 centim., large de 1 centim. et demi. Ablation. L'examen fait reconnaître un vrai fibrome. A. CARTAZ.

Zur Entstehung der Peritonsillitis... (Du mode de développement de la péritonsillite. Remarques sur la périchondrite du larynx), par ZIEM (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, *p.* 233, *septembre* 1888).

Travail basé sur deux observations, d'où il résulte qu'une suppuration du sinus maxillaire peut, grâce aux liens vasculaires qui mettent la muqueuse de cette cavité en communication avec les tissus placés en dehors d'elle, s'étendre directement aux couches cellulaires péri-amygdaliennes, la surface de la glande demeurant complètement indemne. L'auteur pense que, parti du même siège primitif, le travail suppuratif peut descendre le long du cou jusqu'au larynx et là déterminer de la périchondrite. LUC.

Des névroses réflexes d'origine nasale, par LAFFORGUE (*Thèse de Bordeaux*, 1888).

Sept observations inédites, quinze observations recueillies dans la littérature médicale, et une série d'expériences, forment la base de ce travail, et démontrent qu'une série très nombreuse d'affections (névralgies trifaciales, migraine, vertiges, troubles vaso-moteurs, asthme, accès épileptiformes et choréiformes), toutes de la classe des névroses, peut succéder à des excitations de la muqueuse nasale. Ces excitations tantôt consistent en des lésions de cette muqueuse (polypes, végétations, etc.), tantôt en une hyperexcitabilité sans lésions de cette muqueuse, spécialement dans les points où elle présente une structure érectile. L'auteur donne une description de ces sortes de corps caverneux. X. ARNOZAN.

A case of congenital bony (osseuse), occlusion of the anterior nares, par F. H. POTTER (*Buffalo med. journ.*, *septembre* 1888).

L'auteur n'a pu trouver que deux cas de cette anomalie. L'observation qu'il publie est celle d'un enfant de 30 mois qui a la respiration bruyante et une occlusion nasale datant de la naissance. L'obstruction osseuse fut détruite au moyen d'un trocart perforateur et du couteau galvanique. Guérison parfaite. A. C.

Nasal fibromata, par CASSELBERRY (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, *p.* 477, 21 *avril* 1888).

L'auteur étudie les fibromes développés primitivement dans le nez, en avant de la région naso-pharyngienne. Ces néoplasmes sont rares. Ils peuvent siéger sur toutes les parties des cavités nasales, mais la voûte, surtout en arrière, est le lieu d'élection : des cavités accessoires, l'antre d'Highmore est le plus fréquemment le lieu d'origine. Les deux sexes sont également atteints et à tout âge : l'accroissement est rapide et les parties voisines sont détruites, absorbées ou envahies, l'orbite peut être comblé et le crâne envahi. La tumeur se présente unique, parfois lobulée, à base large, coloration sombre, consistance ferme et résistante : le microscope peut seul établir le diagnostic entre le fibrome et le fibro-sarcome ou sarcome.

Le fibrome tend à dégénérer en sarcome, et récidive facilement s'il n'a été très complètement extirpé.

Une observation personnelle, très détaillée : sept autres observations réunies en tableau. M.

Sul valore diagnostico dei cosi detti globi ialini del rinoscleroma (Valeur des globes hyalins du rhinosclérome), par CHIAPPA (*Giorn. ital. del vener.*, *fasc.* 2, 1888).

Décrits par Pellizzari, Mikuïcz, Cornil et Alvarez, ces globes hyalins n'appartiennent pas en propre au rhinosclérome. Ils existent dans d'autres néoformations dépendant de divers processus inflammatoires chroniques tels que l'acné éléphantiasique ou le sycosis de la lèvre supérieure. On les voit dans ces cas auprès des vaisseaux des glandes sébacées et sudoripares. F. BALZER.

De la créoline dans les maladies du nez, des oreilles et de la gorge, par LICHTWITZ (*Bull. méd.*, 30 *septembre* 1888).

Lichtwitz a employé la créoline comme désinfectant (3 à 5 gouttes dans un demi-litre d'eau) dans l'ozène ; l'odeur disparaît plus rapidement qu'avec toute autre substance. La diminution de sécrétion et partant des symptômes subjectifs est très marquée. Comme pansement après les opérations sur le nez, la gaze créolinée rend de grands services.

Lichtwitz a également employé la créoline en solution : 1 sur 200 dans les amygdalites, 1 sur 1,000 dans les otorrhées. Sa non-toxicité, son pouvoir antiseptique remarquable la doivent faire préférer aux autres médicaments. A. C.

A contribution to the normal and pathological anatomy of the vocal bands (Contribution à l'anatomie normale et pathologique des cordes vocales), par C. M. DESVERNINE (*Cronica Médico-Quirurgica*, 1888).

Cette étude a pour base un cas de cysto-fibrome de la corde vocale. L'auteur établit que cette néoformation tirait son point de départ d'un épithélium glandulaire, avec hypertrophie du tissu fibreux environnant.

Passant ensuite à la description de l'appareil glandulaire normal de cette région, Desvernine comprend sous le nom de corde vocale l'ensemble de l'appareil ligamenteux constitué par les faisceaux horizontaux thyro-aryténo-cricoïdes et les fibres ascendantes crico-thyro-aryténoïdes. La muqueuse des cordes peut être divisée en trois segments : le ventriculaire ou supérieur, le glottique ou papillaire, l'infra-glottique. Le premier et le troisième segments présentent seuls des orifices glandulaires. Les glandes du premier segment peu nombreuses (3 ou 4), offrent une situation variable (dans l'épaisseur ou au-dessous du muscle thyro-aryténoïde), elles se dirigent obliquement en haut et en dedans, pour aboutir à la face supérieure, au voisinage du bord glottique. Le segment infra-glottique est richement pourvu de glandes logées au milieu d'une trame fibro-élastique et susceptibles d'être momentanément comprimées par le fait de la contraction du tissu musculaire voisin. En revanche, des phénomènes inflammatoires ou congestifs prolongés peuvent entraîner l'oblitération définitive de leurs conduits excréteurs. LUC.

I. — Syphilis tertiaire du larynx, par MAURIAC (*Archives de médecine, février-mars* 1888).

II. — Syphilis of the larynx, trachea and bronchi, par J. SOLIS-COHEN (*Philad. county med. Soc.*, 12 *septembre* 1888 *et Journ. of laryngol.*, *octobre* 1888).

I. — Les laryngopathies tertiaires sont les accidents graves de la syphilis. Elles ne sont, en effet, presque jamais résolutives et aboutissent à la destruction des tissus par nécrobiose ou par transformation fibreuse. Elles sont menaçantes par imminence de l'œdème du larynx ou laryngosténose aiguë, par les dangers que peut entraîner la laryngosténose lente due au rétrécissement progressif par cicatrice ou sclérose des néoplasies laryngées.

Un autre danger du tertiarisme laryngien est qu'il envahit souvent la trachée et les bronches.

Les lésions de la syphilis laryngée tertiaire consistent : 1° en suffusion néoplasiques diffuses ; 2° en fibromes syphilitiques discutables, dont la nature n'est démontrable que par l'efficacité du traitement spécifique ; 3° en gommes du larynx ; 4° en lésions syphilitiques du squelette laryngien ; 5° en ulcérations ; 6° en cicatrices du larynx et en laryngosténose ; 7° en adénopathies laryngo-trachéales ; 8° en œdème syphilitique de la glotte.

La syphilis attaque parfois le larynx en y produisant des paralysies sans désordre matériel apparent. Ces paralysies pourraient être comparées aux paralysies oculaires. Elles sont presque toujours unilatérales et occupent souvent le côté gauche. Mauriac décrit longuement les divers symptômes causés par ces lésions. RICHARDIÈRE.

II. — Étude très complète des manifestations de la syphilis sur les voies aériennes supérieures ; la distinction entre les formes dites secondaire et tertiaire est si irrégulière, si incertaine que Solis-Cohen préfère les dénominations de récente et tardive. Après l'érythème, manifestation la plus précoce, l'hyperémie sans tuméfaction, viennent les érosions superficielles, s'accompagnant quelquefois de parésie musculaire, les papules et plaques muqueuses. Les ulcérations superficielles, se pro-

duisant sur les points où existent des papilles, et ne s'observant pas au-dessous des bandes vocales, s'accompagnent facilement d'œdème et d'infiltration.

Parmi les lésions tardives, Solis-Cohen distingue des petits nodules gommeux ou syphilides nodulaires ; l'infiltration gommeuse diffuse ; les gommes proprement dites. C'est aux ulcérations consécutives à ces manifestations que sont dues les lésions graves. La périchondrite et la chondrite s'observent à cette période, chondrite portant, par ordre de fréquence, sur l'épiglotte, les apophyses vocales postérieures, les aryténoïdes, le cricoïde, le thyroïde. Solis-Cohen passe en revue les accidents d'occlusions membraneuses, cicatricielles, produites par les lésions tertiaires.

La syphilis de la trachée affecte très souvent la forme ulcéreuse ; son siège d'élection est la partie antérieure de la portion inférieure, juste au-dessous de la bifurcation. Au début, ce sont en général de petites exulcérations dont la réunion amène de larges ulcères ; des rétrécissements plus ou moins étendus, atteignant parfois plusieurs anneaux, en sont la conséquence ; les rétrécissements des bronches sont rares.

Solis Cohen étudie ensuite la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic. A propos de l'étiologie, il mentionne les formes graves qu'affecte la syphilis héréditaire sur l'appareil laryngé. Ce travail important se termine par un résumé complet de la thérapeutique, suivant les formes et les cas. A. CARTAZ.

Beiträge zur Lehre von der Innervation und den Lähmungen des Kehlkopfes (Contribution à l'étude de l'innervation et des paralysies du larynx), par A. ONODI (*Monatschrift für Ohrenh.*, *p.* 93, *avril* 1888).

L'auteur a rencontré deux fois l'anomalie suivante : le récurrent envoyait de fines branches terminales au muscle crico-thyroïdien. Il suppose que cette anomalie peut n'être pas très exceptionnelle et expliquer les faits d'atrophie partielle du muscle en question, à la suite de la compression du récurrent correspondant.

D'après lui, de tous les muscles du larynx, l'aryténoïdien transverse est le seul qui serait constamment innervé à la fois par le récurrent et le laryngé supérieur. Il décrit de nombreuses anastomoses de ces deux nerfs dans l'épaisseur du muscle. Les muscles dilatateurs de la glotte, au contraire, n'ont leur innervation assurée que par le récurrent, ce qui explique que certaines paralysies laryngées puissent n'affecter que le mouvement de dilatation de la glotte. LUC.

Du lupus du larynx, par L.-J.-B. MARTY (*Thèse de Paris*, 1888).

Dans ce travail, où sont rassemblées 85 observations dont plusieurs inédites, Marty montre que le lupus du larynx, évoluant lentement, sans douleurs, éveille peu l'attention. Sur 89 malades atteints de lupus, il a rencontré la localisation laryngée 8 fois ; Holm, sur 124 malades, l'avait rencontrée 6 fois ; Chiari, 4 fois sur 68 lupiques ; Haslund 10 fois sur 109 cas.

Le lupus du larynx est presque toujours secondaire à des lésions

cutanées ou à l'extension du lupus bucco-naso-pharyngé : le lupus primitif est extrêmement rare (4 cas). Au début le larynx ne présente que des productions végétantes, mûriformes, assez volumineuses pour amener parfois de la sténose ; plus tard surviennent les ulcérations, les pertes de substance et les cicatrices. La localisation se fait surtout sur l'épiglotte, les replis aryépiglottiques et les bandes ventriculaires ; ce n'est que par extension que le mal gagne les cordes vocales et la région glottique.

Marty discute le diagnostic (tuberculose, lèpre, cancer), énumère les complications et indique comme traitement local les scarifications, le raclage et les cautérisations galvaniques. Il adopte, au point de vue pathogénique, la nature tuberculeuse du lupus, forme atténuée de la maladie bacillaire. A. CARTAZ.

Ueber Papillome der Respirationsschleimhäute (Sur les papillomes des muqueuses respiratoires), par Carl Melchior HOPMANN (*Sammlung klinischer Vorträge*, *n°* 315).

L'auteur étudie, sous ce titre, des néoplasmes végétants, d'aspect villeux ou granuleux, plus ou moins bien pédiculés, ayant tendance à se reproduire, à la suite d'une destruction incomplète, et formés par une prolifération épithéliale. Il les a rencontrés, non seulement dans le larynx, mais dans les fosses nasales, le pharynx, sur les amygdales, sur le voile du palais (face supérieure) et sur les parois de la trachée. Dans les fosses nasales, les papillomes occupent de préférence les cornets inférieurs, dans le larynx les cordes vocales, en somme les points les plus soumis au frottement de l'air inspiré.

Sur les régions tapissées d'épithélium cylindrique, on rencontre la variété molle; la variété dure s'observe, au contraire, sur les régions tapissées d'épithélium pavimenteux stratifié.

Les papillomes du larynx doivent être opérés par voie buccale, quand l'opération sera facile, et peut être ainsi pratiquée radicalement. Dans le cas contraire, notamment sur les enfants, la laryngo-fissure est préférable.

L'auteur ne croit guère à la transformation des papillomes en néoplasmes malins. LUC.

Subglottic laryngeal tumor, par Fletcher INGALS (*Med. News*, 3 *novembre* 1888).

Homme de 24 ans, ayant de l'enrouement depuis un an. I. trouve sur la corde gauche une petite tumeur conique de 3 millim. et dans la région sous-glottique à la commissure antérieure, une tumeur jaunâtre, lisse, nodulaire, de nature cartilagineuse de 6 à 7 millim. à la base. Le traitement spécifique, donné par prudence, n'amena aucun changement. I. essaya alors les cautérisations à l'acide chromique et à intervalles assez éloignés, motivés par les absences du malade ; il pratiqua 7 cautérisations. A la dernière visite du malade (septembre 1888), la tumeur avait diminué de moitié. A. CARTAZ.

I. — Du cancer du larynx, par BARATOUX (*Progrès méd.*, 1888).

II. — Der Kehlkopfskrebs... (Le cancer du larynx. Résultats du traitement), par SCHEIER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 456, 1888).

I. — Dans cette étude, Baratoux traite successivement l'historique, la symptomatologie, l'anatomie des variétés de cancer du larynx. Nous en extrairons seulement la statistique relative au traitement radical du cancer. Baratoux a relevé 167 cas d'extirpation de larynx (112 extirpations totales, 30 extirpations partielles, 25 extirpations unilatérales) dont 155 pour cancer et 12 pour sarcome.

Voici les résultats. Extirpation totale, la proportion des guérisons (en comptant comme guéris les opérés qui ont dépassé le 12e mois) est de 9 0/0 pour les cancers, 28 0/0 pour les sarcomes.

Pour l'extirpation partielle, les chiffres de guérison (comptés comme ci-dessus) donnent 12 0/0.

Pour l'extirpation unilatérale, la proportion des guérisons est de 20 0/0.

Baratoux discute les indications et contre-indications de l'extirpation et penche pour l'extirpation partielle ou totale du larynx, contre la trachéotomie, contre le traitement purement palliatif, à moins de conditions particulières qu'il expose longuement. A. CARTAZ.

II. — Scheier donne la statistique des opérations faites sur le larynx cancéreux et publiées par les chirurgiens depuis 1880.

Les résultats de l'extirpation totale sont peu encourageants; elle expose à la mort immédiate beaucoup plus que l'extirpation partielle et donne moins souvent aux opérés la chance d'éviter les récidives. Le chiffre des guérisons n'est que de 13 1/2 0/0 dans l'extirpation totale. Il est de 21 1/2 0/0 dans la résection partielle. La résection partielle est donc préférable. L. GALLIARD.

Caso di estirpazione per causa di epithelioma di laringe..., par Vincenzo OMBONI (*Ann. univ. de med.*, *août* 1888).

Femme de 46 ans, atteinte de cancer de l'œsophage avec sténose empêchant presque toute alimentation ; adhérences de la tumeur œsophagienne à une tumeur thyroïdienne. Le 28 juin, opération au thermocautère ; anesthésie chloroformique, incision et extirpation du goitre qui fut laborieuse, la tumeur faisant corps avec les premiers anneaux de la trachée, le cricoïde, la gaine des vaisseaux. Cette première phase de l'opération, fort difficile, dura deux heures ; l'anesthésie fut alors supprimée. On pouvait voir l'étendue de la tumeur œsophagienne. Après avoir détaché la partie supérieure, Omboni chercha à séparer lentement l'œsophage de la trachée et du larynx ; mais les adhérences étaient si intimes, la lésion ayant envahi cet organe, qu'il dut faire en même temps l'extirpation du larynx jusqu'au deuxième anneau de la trachée, en laissant l'épiglotte. L'œsophage fut ainsi réséqué sur une longueur de neuf centim. et demi. Cette large plaie, allant de la quatrième vertèbre cervicale à la quatrième dorsale, fut réunie par des sutures, le bout de la trachée étant fixé aux bords de la plaie et muni d'une canule ; le bout de l'œsophage fut fixé également et une sonde laissée à demeure. Pansement à l'iodoforme.

Malgré l'emploi du thermo-cautère, il n'avait pas fallu moins de 150 ligatures dans le cours de l'opération.

Suites bonnes, sans réaction fébrile. Au vingt-sixième jour, de toute cette

plaie, il ne restait qu'un conduit ovalaire de 5 centim., large de 2 centim. Ce canal conduisait directement dans l'œsophage et la malade put un jour avaler directement un morceau de pain. Un larynx artificiel permettait de se faire entendre à 20 mètres. Tout paraissait terminé, lorsque survint un érysipèle qui emporta la malade le 8 août. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

Omboni termine l'exposé de cette opération par quelques considérations sur la laryngectomie. A. CARTAZ.

Stricture of the larynx with extensive cicatrization, from ulcerative tuberculosis (Retrécissement du larynx par cicatrices d'ulcérations tuberculeuses étendues), par V. SOLIS COHEN (*The Amer. j. of the med. sc*, *p.* 597, *déc.* 1888).

Homme, 45 ans, vint en 1887 se plaignant de difficulté à respirer, de douleurs et de gêne de la déglutition et de raucité de la voix. En 1871-72, il avait un abcès du cou un peu au-dessous de l'oreille, abcès qui resta fistuleux six semaines. En 1883, bronchite et coryza. En 1886, bronchite aiguë avec dysphonie et dysphagie.

En 1887, nouvelle attaque du côté de la gorge ; à partir de ce moment, la voix resta anormale. Le patient a maigri de 21 livres depuis six mois. — A l'examen, cicatrices étendues au niveau de la luette et du voile du palais, présentant l'apparence d'anciennes lésions syphilitiques.— L'orifice laryngé semble fermé par un diaphragme épais, tendu, ne conservant pour le passage de l'air qu'un petit orifice à son centre de 3 millimètres transversalement et 6 millimètres d'amont en arrière. Tout ce tissu cicatriciel avait l'aspect du tissu lupeux et on diagnostiqua une sténose laryngée de cause tuberculeuse. Grâce à une sonde œsophagienne, on pouvait faire avaler les liquides. Contre la dyspnée, on essaya la dilatation avec les tubes de Schroetter. Grâce à cette dilatation, on put voir en dessous de la sténose de l'orifice supérieur, les cordes vocales libres dans leurs mouvements. On tenta alors de débrider avec un appareil formé de quatre lames divergentes. Le tissu examiné contenait de nombreux bacilles tuberculeux. Les plaies opératoires guérirent rapidement; mais l'état général s'aggrava et le patient mourut avec de l'œdème pulmonaire à la fin de février 1888. Les pièces confirmèrent le diagnostic porté pendant la vie.

F. VERCHÈRE.

Intubation in chronic stenosis of the larynx, par O'DWYER (*N. York med. journ.*, *p.* 261, 10 *mars* 1888).

L'auteur considère le tubage du larynx comme le traitement rationnel des rétrécissements chroniques de la glotte. Il publie cinq observations, parmi lesquelles il n'y a que deux rétrécissements cicatriciels; deux fois il y avait infiltration syphilitique et ulcération du larynx, une fois œdème dû à la présence d'un corps étranger.

L'un des sujets atteints de sténose cicatricielle (une femme syphilitique de 40 ans) ne pouvait tolérer le tube plus d'une semaine sans éprouver une vive irritation; l'autre, au contraire, l'a gardé dix mois de suite.

Les cicatrices sous-glottiques paraissent devoir nécessiter la continuation du traitement pendant toute la durée de la vie, tandis que celles qui sont au niveau de la glotte même sont curables : les contractions des muscles dilatateurs luttent constamment contre la rétractilité des cicatrices. L. GALLIARD.

Tubage du larynx dans le croup, par d'HEILLY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *avril* 1888).

D'Heilly n'a employé le tubage que chez 13 enfants âgés de 2 à 4 ans et n'a eu que 2 succès; il conseille d'y recourir chez les très jeunes enfants pour qui la trachéotomie est toujours dangereuse, dans les cas légers, dans la diphtérie toxique, dans les croups secondaires à la rougeole. H. L.

Report on intubation, par E. WAXHAM (*Journal of Americ. med. Assoc.*, *p.* 739 16 *juin* 1888)

Ce rapport est basé sur un total de 1,072 observations pratiquées aux États-Unis ; elles ont donné 287 guérisons, soit 26,77 0/0.

Les âges sont donnés pour 661 cas, et nous relevons : 147 opérations à 2 ans, avec 29 guérisons ; 140 opérations à 3 ans, avec 42 guérisons, et une proportion de guérison croissante avec l'âge.

Un tableau donne, résumées, 159 opérations pratiquées par Waxham : il y eut 44 guérisons, soit 27,67 0/0.

En établissant la moyenne des âges des opérés, on arrive à ce résultat : moyenne des âges, de tous les cas : 3 ans, 11 mois, 3 jours. Moyenne de guérisons : 4 ans, 3 mois, 24 jours. Moyenne de morts : 3 ans, 8 mois et 7 jours.

L'auteur insiste ensuite sur les avantages qu'il a retirés de l'addition d'une épiglotte métallique à l'extrémité supérieure du tube. La déglutition des liquides se trouve, de ce fait, considérablement facilitée.

MAUBRAC.

The comparative merits of tracheotomy and intubation in the treatment of croup, par George W. GAY (*Boston med. and surg. journ.*, 11 *octobre* 1888).

L'auteur discute, dans ce travail critique, les avantages et les inconvénients de ces deux opérations et, tout en étant plus favorable à la trachéotomie, il reconnaît que le tubage peut rendre de grands services, chez les tout jeunes enfants, quand le médecin n'est pas aidé. On doit le pratiquer avant la trachéotomie dans les cas légers.

Au point de vue des résultats, la comparaison des statistiques ne donne pas au tubage des avantages marqués sur la trachéotomie. Je citerai quelques-uns des chiffres rassemblés par l'auteur. Les statistiques de trachéotomie ont donné : Lovett et Munroe (*Americ. of. journ. med. sc.* juillet 1887) 22,000 cas, 38 0/0 de guérisons; Agnew, 26 0/0 guérisons; Masten, 860 cas, 22 0/0; H. Z. Gill (*Annals of surgery*, avril 1881), 151 trachéotomies, 25 0/0; Ripley, 100 cas, 33 0/0; Jennings, 37 cas. 18 succès, 50 0/0; Parkes (*Americ. Lancet*, novembre 1886) 31 cas, 18 succès, 58 0/0; Gay a pratiqué lui-même 103 trachéotomies, avec 35 guérisons, 33 0/0. La statistique de Boston city hospital, 327 trachéotomies, a donné 96 guérisons, 29 0/0.

Les résultats du tubage sont les suivants : O' Dwyer, sur 205 cas a 47 guérisons ; si l'on défalque les premiers cas au début de la méthode, sa statistique porte sur 140 cas, 38 guérisons, 27 0/0. Dillon Brown, 190 cas, 51 guérisons, 26 0/0; Waxham, 150 cas, 41 guérisons, 27 0/0; la statistique générale, recueillie par ce dernier, comprend 1072 cas,

27 0/0 de guérisons. Frank Huber, 91 cas, 37 guérisons, 39 0/0. Stern a rassemblé 953 cas, 252 guérisons, 26 0/0 ; Fletcher Ingals (*N. York med. journ.*, 2 juillet 1887) a réuni 513 cas, dont un très grand nombre d'inédits, 133 guérisons, 26 0/0. La statistique de Boston city hospital donne 206 cas, 26 guérisons, 24 0/0. A. CARTAZ.

Du traitement de la diphtérie, des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé, par Coeston Peel DAVIS (*Thèse de Paris*, 1888).

Ce travail débute par quelques considérations sur la contagiosité de la diphtérie, sur la prophylaxie. Pour Davis, la trachéotomie n'est pas un moyen thérapeutique, et il insiste sur la nécessité, pour rendre cette opération efficace, d'un traitement antiseptique local : ce traitement consiste en pulvérisations, lavages du larynx et de la trachée, pratiqués au moyen d'une canule de forme spéciale. Les fausses membranes peuvent être détachées, leur retour empêché par ces irrigations d'acide phénique ou de sublimé. Six figures montrent la disposition de l'appareil. A. C.

I. — Le menthol dans la phtisie laryngée et pulmonaire et dans d'autres maladies, par Albert J. BEEHAG (*Ann. des mal. de l'oreille, septembre* 1888).

II. — The treatment of pharyngeal catarrh, par LE MÊME (*Brit. med. j.*, 29 *septembre* 1888).

I. — II. — Beehag se loue de l'emploi de cet agent dans un grand nombre d'affections de la gorge, du nez, du larynx. Il emploie la solution de menthol dans l'huile d'olive à 20 0/0. Dans les affections laryngo-pulmonaires il le donne en inhalation, il injecte aussi directement dans le larynx ou la trachée 15 gouttes de la solution, sans autre inconvénient qu'une légère sensation de brûlure. Appliqué sur les ulcérations, le menthol hâte la cicatrisation; il est de la sorte un très bon adjuvant du traitement par le grattage ou l'acide lactique.

Le menthol, mélangé à l'acide borique et au chlorhydrate d'ammoniaque, forme une poudre très efficace, d'après l'auteur, contre le catarrhe nasal, pour débarrasser les fosses nasales des croûtes ou sécrétions dans l'ozène.

En badigeonnages dans l'hyperémie nasale, dans la pharyngine catarrhale, le menthol amène la diminution de la turgescence vasculaire, l'apaisement de la douleur et de la dysphagie.

Beehag a également employé cet agent dans les affections de l'oreille externe et moyenne, dans le catarrhe de la trompe d'Eustache, en raison de ses propriétés anesthésiques et antiseptiques. A. C.

Tumeurs gazeuses ou acrocèles du cou, par L.-H. PETIT (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

Ces tumeurs, qui résultent de la communication du larynx ou de la trachée avec les espaces celluleux ou inter-aponévrotiques voisins, ont pour cause prédisposante, des dispositions normales de la région (ventricules du larynx, membrane revêtant en arrière l'espace compris entre les extrémités des cartilages de la trachée, etc.) et des anomalies de la

région : dilatation excessive des glandes de cette muqueuse ; abcès de voisinage ouverts dans la trachée ou le larynx ; altération syphilitique des cartilages de la trachée ; rétrécissement de celle-ci; des conditions traumatiques (plaies de la trachée ; rupture des espaces inter-cartilagineux). Les causes occasionnelles sont des efforts divers : accouchement, toux violente, cris, etc...

Les aérocèles se forment de deux façons : hernie de la muqueuse trachéale ou laryngée après perforation ou rupture incomplète de la paroi du canal aérien et passage de l'air dans les espaces celluleux du cou après rupture complète de la paroi ; alors tantôt l'air s'infiltre dans le tissu cellulaire ; tantôt il le refoule progressivement de manière à former une cavité permanente.

Cliniquement, ces tumeurs qui se développent brusquement ou progressivement sont assez consistantes, lorsque leur communication avec la trachée se ferme vite ; dans le cas contraire, elles sont molles, flasques à l'état de repos ; elles augmentent par les efforts, la toux, l'expiration et diminuent par la compression, l'inspiration large, l'extension forcée de la tête ; sonores, indolentes, elles s'accompagnent de diverses modifications de la voix (raucité, nasonnement, aphonie).

Au point de vue de leur marche, certaines de ces tumeurs sont susceptibles de diminution et même de guérison spontanée ; ce sont celles qui ont apparu brusquement dans un effort non répété, sans affection chronique des voies respiratoires ; les autres restent dans le statu quo, ou augmentent. Quelques-unes de ces tumeurs ont guéri par la compression. Peut-être serait-il possible de faire une opération analogue à celle de la cure chirurgicale des hernies abdominales. OZENNE.

Lupus dell'orecchio medio ed interno, par G. GRADENIGO (*Gaz. d. Ospitali, n° 66, 1888*).

Chez un malade mort de tuberculose pulmonaire, à la suite des progrès d'un lupus datant de 8 ans, Gradenigo a trouvé les lésions suivantes :

Le voile est adhérent à la paroi postérieure du pharynx, en laissant à peine une ouverture de 1 mill. 1/2 ; envahissement lupeux de l'épiglotte, du larynx rempli par un tissu dense, grisâtre. Gros noyau lupeux à la partie postérieure de la langue.

Du côté du conduit auditif externe, infiltration lupeuse diffuse, surtout dans la partie cartilagineuse. Destruction totale du tympan. La cavité de l'oreille moyenne est remplie par un tissu de néoformation formé surtout de petites cellules rondes ; ce tissu gagne les cellules mastoïdiennes et a envahi l'oreille interne. Plus de traces du marteau, l'enclume et l'étrier sont en partie détruits. Il existe çà et là des foyers lupeux récents, au milieu d'un amas de tissu granuleux. Dans l'oreille interne, le tissu granuleux a gagné le labyrinthe. La lésion s'est propagée du pharynx à l'oreille par la trompe. A. CARTAZ.

Zur Entstehung des Cholesteatoms des Mittelohrs (Du développement du cholestéatome dans l'oreille moyenne. Kystes de la muqueuse de la caisse, atrophie des nerfs dans le limaçon), par HABERMANN (*Arch. f. Ohrenh., 28 août 1888*).

L'auteur conclut d'une observation, avec autopsie et examen microscopique, que les masses cholestéatomateuses occupant la caisse ou la cavité mastoïdienne peuvent être le résultat d'une formation d'épiderme

débutant au voisinage de la membrane tympanique et se substituant peu à peu à la muqueuse de l'oreille moyenne détruite par une suppuration prolongée.

La plupart des petits kystes observés, dans ce même cas, dans le tissu de la muqueuse étaient, d'après l'auteur, d'origine glandulaire.

Quant à l'atrophie des rameaux nerveux du limaçon, il la considère comme la conséquence d'une inactivité fonctionnelle prolongée. LUC.

I. — Ueber eine von einer Otitis media suppurativa... (Un cas d'infection générale causée par le bacille pneumonique et ayant, comme point de départ, une otite moyenne suppurée), par A. WEICHSELBAUM (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, *n°* 8, *p.* 200, 1888).

II. — Mikrokokhen im Secrete bei Otitis media, par ZAUFAL (*Prager med. Woch.*, *n°* 27, 1887).

III. — Weitere Mittheilungen ueber das Vorkommen von Microorganismen im Secrete der Otitis media acuta genuina, par LE MÊME (*ibidem*, 22 *février* 1888).

IV. — Der Eiterbildende Kettenkokkus bei Otitis media, par LE MÊME (*ibidem*, *mai* 1888).

V. — Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, par NETTER (*Ann. des mal. de l'oreille*, *octobre* 1888).

I. — Dans le cours d'une otite moyenne gauche, purulente aiguë, une femme de 54 ans tombe dans le coma et est amenée à l'hôpital Rudolph où elle succombe 2 heures après. L'urine renfermait une grande proportion de sucre et d'albumine.

A l'autopsie : rhinite aiguë, suppuration de la caisse tympanique gauche (avec perforation du tympan), de l'apophyse mastoïde et de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, commencement de pneumonie dans le lobe inférieur gauche, néphrite parenchymateuse double, dégénérescence graisseuse du cœur, tuméfaction du foie et de la rate.

L'examen microscopique et la culture révèlent, dans les organes malades, la présence du pneumocoque de Friedländer. LUC.

II. — 1° Homme de 38 ans. Otite moyenne. Paracentèse du tympan ; issue d'un liquide muco-purulent. Les préparations de ce pus, colorées au violet de gentiane, les cultures sur l'agar-agar montrent la présence de microbes identiques au pneumocoque de Weichselbaum ;

2° Dans une deuxième observation, Zaufal a reconnu, dans un cas d'otite moyenne, le microbe de Friedländer.

III. — Homme de 44 ans. Otite droite purulente, avec deux petites perforations du tympan. Catarrhe nasal. L'examen microscopique montre dans le pus, extrait par la paracentèse, le même microbe que ci-dessus. Des produits de culture sur l'agar-agar, inoculés à des lapins, à des souris, déterminèrent de l'infection pneumonique.

IV. — Dans ce troisième mémoire, Zaufal donne les résultats de l'examen de cinq cas d'otite ; dans trois, il a trouvé le streptoccocus pyogenes.

V. — Dans ce travail important, Netter démontre que l'otite moyenne aiguë n'est pas une maladie unique, toujours due au même micro-organisme. Il y a plusieurs variétés dues chacune à un microbe particulier et offrant de ce fait des caractères spéciaux au point de vue symptomatique et pronostique. Netter distingue quatre espèces.

1° *Otite à streptocoques.* Causée par le streptococcus pyogenes, elle paraît être la plus fréquente des otites moyennes aiguës. Le microbe est le plus souvent isolé ; ceux que l'on peut rencontrer sont d'introduction ultérieure et n'ont pas la même importance pathogénique. Sur 9 cas, l'otite était consécutive, deux fois à un coryza, une fois à la tuberculose, quatre fois à la fièvre typhoïde, deux fois à la rougeole. L'otite peut donc être primitive ou secondaire. Rien de particulier à noter comme symptômes ; les complications, qui dépendent évidemment du streptococcus, ont été : l'abcès mastoïdien, la méningite suppurée, la phlébite des sinus et la pyohémie.

2° *Otite à pneunocoque.* Dans son mémoire sur la *méningite due au pneunocoque* (voy. *R. S. M.*, XXXII, 124), Netter avait déjà signalé un cas d'otite due à ce microbe ; il en rapporte une nouvelle observation (voy. plus haut les observations de Zaufal). Il croit cette forme fréquente ; elle peut s'observer dans le cours de la pneumonie due à l'état isolé primitif ; une fois il l'a vue dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Le liquide de cette otite est moins franchement purulent que celui de l'otite à streptocoques, il est visqueux. La marche de l'affection est plus rapide, moins sujette à complications bien qu'on ait observé des méningites suppurées.

3° *Otite avec microbes de Friedländer.* Il ne connaît que l'observation de Zaufal relative à ce microbe, qui n'est pas le microbe pathogène de la pneumonie.

4° *Otite à staphylocoques.* Netter a rencontré le staphylococcus aureus dans 4 cas d'otite, mais le microbe n'était pas à l'état isolé.

Dans toutes ces recherches, Netter recommande, pour préciser la variété des microbes, de multiplier les cultures ; l'examen microscopique seul ne suffit pas. Pour lui, l'otite moyenne est due à la pénétration de ces organismes, le plus habituellement par le pharynx et la trompe d'Eustache ; la bilatéralité si fréquente des otites en est la preuve, de même que la présence de tous ces microbes dans la bouche des sujets sains. La pénétration par les voies sanguines et lymphatiques doit être exceptionnelle. La conclusion prophylactique, c'est l'antisepsie du nez et de la bouche dans toutes les maladies. A. CARTAZ.

I. — Ueber die Pathogenität der Bacterien bei eitrigen Processen des Ohres (Des bactéries dans les suppurations de l'oreille), par ROHRER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 44, *p.* 902, 1888).

II. — Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen (Suppuration de l'oreille moyenne), par MOOS (*ibidem*, *n°* 44, *p.* 902, 1888).

I. — Rohrer a examiné les sécrétions de 100 malades atteints d'affections de l'oreille moyenne, et de 10 sujets atteints de dermatoses du conduit auditif externe.

Il y a une grande différence entre les sécrétions fétides et les non fétides ; dans les premières, on trouve toujours des cocci et des bacilles ; dans les autres, les cocci existent seuls.

Les premières contiennent 58 0/0 de bacilles et 42 0/0 de cocci (monococci 9 0/0, diplococci 21 0/0, staphylococci 4 0/0, streptococci, 4 0/0).

Dans les secondes, on compte : monococci 19 0/0, diplococci 26 0/0, staphylococci 50 0/0, streptococci 5 0/0.

D'autre part, les cas aigus se distinguent des chroniques. Les bacilles existent quand les sécrétions sont fétides; on trouve 28 0/0 de bacilles et 72 0/0 de cocci (monococci 12 0/0, diplococci 21 0/0, staphylococci 37 0/0, streptococci 2 0/0).

Les formes chroniques fournissent : bacilles 51 0/0, cocci 49 0/0 (monococci 12 0/0, diplococci 22 0/0, staphylococci 11 0/0, streptococci 4 0/0).

Les expériences faites sur les lapins et les cobayes ont prouvé que les bacilles, que l'auteur a classés en 8 catégories distinctes, n'étaient pas pathogènes; il les considère comme des saprophytes dans les décompositions fétides du pus de l'oreille.

Au contraire, les cocci sont pathogènes, surtout les diplococci.

Dans les dermatoses fétides du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille, l'auteur a trouvé : bacilles 33 0/0, cocci 67 0/0 (diplococci 33 0/0, monococci 7 0/0, cocci capsulés 4 0/0, staphylococci 15 0/0, streptococci 8 0/0).

Les dermatoses non fétides fournissent exclusivement des cocci, parmi lesquels il y a 30 0/0 de diplococci.

Les cultures de diplococci employées en frictions sur le pavillon de l'oreille épilé des lapins ont produit une éruption eczémateuse avec des sécrétions contenant les mêmes éléments pathogènes. L. GALLIARD.

II. — Zaufal a montré l'importance pronostique considérable du streptococcus pyogenes dans les suppurations de l'oreille moyenne. Voici 3 observations qui confirment les données de cet auteur :

1° Commerçant âgé de 55 ans, diabétique, atteint depuis 5 mois d'une otite purulente; depuis quinze jours, douleurs vives à l'apophyse mastoïde. On lui fait l'opération de Wilde. Le pus qui s'écoule de l'apophyse contient de nombreux streptococci et des diplococci parmi lesquels celui de Fraenkel-Weichselbaum. Guérison apparente au bout de 7 jours, puis nouvel abcès; guérison définitive 40 jours plus tard.

2° Chez un homme de 35 ans l'otite moyenne s'est compliquée de suppuration de l'apophyse mastoïde; le pus contenait des streptococci et diplococci.

3° Il s'agit ici d'une otite moyenne chronique chez un homme de 37 ans, avec carie du rocher, thrombose des sinus, méningite de la base.

A l'autopsie, carie du conduit auditif, masses polypeuses et cholestéatomes dans lesquelles existent de nombreux streptococci. L. GALLIARD.

Ueber eine neue Verbandmethode für Ohr (D'un nouveau mode de pansement pour l'oreille), par Ludwig LŒWE (*Monatssch. f. Ohrenheilk, p.* 457, *octobre* 1888).

L'auteur propose, dans le traitement des écoulements de l'oreille, de remplacer les insufflations de poudre par l'introduction de tampons de ouate hydrophile antiseptique poussés jusqu'à la perforation tympanique et entassés, dans les cas d'écoulement abondant en assez grande quantité pour former extérieurement une masse qui recouvre le pavillon de l'oreille.

Grâce à cette disposition, les liquides sécrétés sont drainés hors de la cavité tympanique et évaporés, au fur et à mesure de leur production.

On a soin de favoriser cette élimination en donnant de temps en temps la douche de Politzer.

On éviterait ainsi la rétention du pus et des complications mastoïdiennes qui ont paru dans certains cas avoir été causées par les insufflations de poudres et la guérison serait rapidement obtenue et souvent accompagnée de la cicatrisation de la perforation. LUC.

REVUE GÉNÉRALE

LES CENTRES RESPIRATOIRES.

PAR P. LANGLOIS ET DE VARIGNY.

Consultez dans la *Revue* les articles suivants :

Christiani, XVI, 420 ; Wedenskii, Rosenthal, Schweinsburg, XX, 434 ; Langendorff, XX, 434 ; XXIX, 422 ; Saloz, XX, 163 ; Gad, XVIII, 432 ; XXI, 22, 466 ; XXIX, 24, 468 ; Bernstein, XXII, 428 ; Fredericq, XXI, 417 ; XXIII, 425 ; Henrijean, XXI, 417 ; Steiner, XXII, 465 ; Knoll, XXII, 426 ; Laffont, XXIII, 427 ; Murri, XXV, 172 ; Ch. Richet, XXV, 455 ; XXVI, 22 ; XXVII, 457 ; XXXII, 29 ; Nitschmann, XXVI, 12 ; Aronson, XXVII, 460 ; XXVIII, 26 ; Lannois, XXVII, 747 ; Zuntz, Geppert, XXIX, 24 ; Seelig, XXIX, 422 ; Miescher Rusch, XXIX, 422 ; Mosso, XXIX, 425 ; Marckwald, XXIX, 423 ; XXXII, 420 ; Simon Fredericq, XXXI, 466 ; Lœwy, Wertheimer, XXXII, 417 ; François Franck, XXXII, 60.

Voyez les travaux suivants :

ALTES UND NEUES UEBER DAS ATHMUNGSCENTRUM, par **Kronecker** (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 36 *et* 37, 1887). — UEBER LEBENERHALTENDE TRANSFUSIONEN MIT PFERDESERUM, par **V. Ott** (*Du Bois Reymond's Archiv*, *p.* 123, 1882). — BEITRAG ZUR KENNTNISS DER BEI MUSKELTHATIGTHEIT GEBILDETEN ATHEMREIZE, par **A. Lœwy** (*Arch. f. die ges. Physiol.*, *XLII*, *p.* 281). — EXPERIMENTELLE STUDIEN UEBER DAS ATHEMCENTRUM IN DER MEDULLA OBLONGATA..., par **A. Lœwy** (*ibidem*, *XLII*, *p.* 245). — UBER DEN TONUS DES LUNGENVAGUS, par **Lœwy** (*ibidem*, *XLII*, *p.* 273). — UEBER DIE REGULATION DER ATHMUNG, par **J. Geppert et N. Zuntz** (*Ibidem*, *XLII*, *p.* 189). — UEBER DEN EINFLUSS VON ALKALI UND SAURE AUF DIE ERREGUNG DES ATHEMCENTRUMS, par **C. Lehmann** (*ibidem*, *XLII*, *p.* 284). — NEUE VERSUCHE UBER DIE ERREGBARKEIT DES RUCKENMARKES, par **Schiff** (*ibidem*, *p.* 182, 1886). — EXPERIMENTELLE UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE INNERVATION DER ATHEMBEWEGUNGEN, par **Unverricht** (*Fortschritte d. Med.*, n° 11, 1888). — STUDIEN UBER DIE INNERVATION DER ATHEMBEWEGUNGEN (COMMUNICATION 1 A 10), par **O. Langendorff** (*Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abth.*, 1886-88). — *Idem*, 11e COMMUNICATION SUR L'ACTIVITÉ AUTOMATIQUE DU CENTRE RESPIRATOIRE DES VERTÉBRÉS, par **C. Franck et Langendorff** (*Ibidem*). — *Idem*, 12e COMMUNICATION : LES MOUVEMENTS D'EXPIRATION DE LA GRENOUILLE, par **Langendorff**

(*ibidem*). — Sulla respirazione periodica e sulle cause del ritmo respiratorio, **par G. Fano** (*Lo sperimentale*, *juin* 1883, *février* 1884, *janvier* 1886). — Del fenomeno di Cheyne Stokes in ordine alla dottrina del ritmo respiratorio, **par Luciani** (*Lo sperimentale*, *p.* 449, 1879). — Ueber periodische Athmung-und Blutdruckschwankungen, **par Knoll** (*Kaiserl. Akad. d. Wissench.*, *p.* 92, 1885). — Das Cheyne-Stokes Athmen, **par Filehne** (*Zeitschr. f. klinic. Medic.*, *t. II*, 2e *partie*, 1880). — Der Schulckmechanismus, seine Erregung und seine Hemmung, **par Kronecker et Meltzer** (*Du Bois Reymond's Archiv* (*supplément*), 1883). — Die irradiationen des Sclukcentrums und ihre allgemeine Bedeutung, **par Meltzer** (*ibidem*, *p.* 109, 1883).

Depuis quelques années, un certain nombre de travaux intéressants ont été publiés sur l'innervation respiratoire, en particulier sur le rôle de la moelle et du sang comme centre réflexe et porteur d'incitations, respectivement.

Nous voulons analyser ici ces travaux avec quelques détails. En même temps, d'autres faits ont été signalés sur différents points connexes : nous les rappellerons en passant.

I. — *Centres cérébraux.*

Depuis la mémorable découverte de Legallois, localisant le centre respiratoire dans le bulbe, la plupart des physiologistes ont admis avec quelque restriction l'existence de ces centres, soit dans le bulbe, soit dans la moelle. Bien que l'ablation totale du cerveau n'amène qu'une modification très légère ou même nulle dans le rythme respiratoire, il est difficile d'admettre que les centres supérieurs soient sans influence, sinon directement sur la respiration, au moins sur les centres respiratoires du bulbe ou de la moelle.

Nous pouvons, dès maintenant, exposer séparément les idées émises sur l'action : 1° des centres corticaux ; 2° des noyaux de la base.

La question des centres respiratoires situés dans la couche corticale se rattache à celle encore si discutée des centres corticaux moteurs.

Les premières recherches méthodiques sur cette question sont exposées dans le mémoire de Danilewsky. Pour cet auteur, les excitations corticales au niveau du centre facial de Hitzig, déterminent un ralentissement avec amplitude plus grande des mouvements respiratoires ; puis un arrêt complet ; les excitations faibles appliquées à la base du cerveau, restent sans effet, mais avec un courant fort, on obtient une respiration énergique et bruyante. Toutefois Danilewsky attribue ces effets accélérateurs à l'excitation soit de la pie-mère, soit des pédoncules. Il reste donc le fait des excitations de la zone motrice amenant un ralentissement respiratoire, suivi ou non d'arrêt complet. Ch. Richet, dans sa thèse d'agrégation (1878), émet une opinion analogue, plus accentuée même, puisqu'il admet un arrêt spontané, immédiat. Ses recherches étaient faites sur des animaux profondément chloralisés (3gr,50 de chloral pour une chatte petite et très maigre dans un cas). Sous l'influence de cette narcose intense, l'excitation électrique du

gyrus sigmoïde ne déterminait aucun mouvement dans les membres en relation avec les points excités, mais suspendait le rythme respiratoire. « En différentes régions de l'écorce cérébrale, on trouve des points dont l'excitation arrête immédiatement la respiration et cette action inhibitrice persiste encore après que l'excitation des nerfs périphériques, du sciatique entre autres, ne produit plus d'effet. »

Tel n'est pas l'avis de Lépine et Bochefontaine, qui vers la même époque, soutiennent une opinion absolument opposée : l'excitation cérébrale déterminerait des mouvements rapides d'inspiration, mais ils ajoutent que l'animal présente en même temps une agitation générale variable d'intensité. Suivant l'objection de Franck, ces prétendus mouvements respiratoires sont sans doute dus à l'attaque épileptique légère inhérente à l'excitation de la zone motrice.

La question en était restée là, quand Franck, dans ses recherches sur les fonctions motrices du cerveau, reprit cette étude, en utilisant comme procédé de contrôle l'inscription graphique de la vitesse de l'air dans la trachée. Dans une première expérience, il trouve que l'excitation de la circonvolution marginale antérieure détermine une respiration plus accélérée et plus profonde, tandis qu'on observe un ralentissement par l'électrisation de la marginale postérieure ; mais Franck se garde de conclure à l'existence de deux centres corticaux, l'un accélérateur, l'autre modérateur ; il observe en effet qu'en augmentant l'intensité du courant, on obtient dans les deux cas un ralentissement. En dehors de la zone motrice, les excitations n'amènent aucune modification du type respiratoire, sauf dans le cas de réactions convulsives.

Quant aux changements de fréquence, ils sont des plus variables, présentant soit une accélération, soit un ralentissement et même un arrêt sans qu'il n'y ait aucun rapport entre le point d'application des excitations et le sens du changement produit. Le degré d'intensité des excitations, ou le degré de l'excitabilité cérébrale jouent seuls un rôle important.

Les changements d'amplitude présentent la même inconstance, n'ayant aucun rapport avec les modifications apportées dans la fréquence.

Franck, après avoir constaté que l'on ne trouve pas davantage à la surface des circonvolutions de points commandant à l'inspiration ou à l'expiration, ajoute : « Il est même peu vraisemblable qu'on soit conduit à admettre des centres respiratoires dans les circonvolutions, chacun des points excitables de la zone motrice pouvant provoquer les mouvements respiratoires indiqués. »

Tel est l'état actuel de nos connaissances quant à l'action des centres corticaux sur la respiration. L'influence de cette partie du système nerveux, influence psycho-motrice qu'il est difficile de mettre en doute cependant, paraît fort irrégulière et agit, sans doute, par des processus fort complexes (réflexes psychiques). Sans nous étendre sur les modifications apportées par la volonté dans notre rythme respiratoire, il est un exemple des plus frappants de cette influence.

Murri, Markwald, Mosso, citent des malades présentant le phénomène de Cheyne-Stokes, et qui, par un effort de volonté et au commandement, pouvaient déterminer une série de respirations pendant l'arrêt respiratoire et même, tant que l'effort était soutenu, transformer leur

respiration intermittente en respiration rythmique régulière. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits à propos de la respiration périodique.

Les traumatismes nécessaires pour explorer les noyaux de la base de l'encéphale rendent les recherches de ce genre fort délicates et, par suite, les interprétations très difficiles. L'excitation des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux et surtout des corps striés, aurait déterminé, d'après Budge, une accélération des mouvements respiratoires du diaphragme.

Mais il faut arriver aux recherches presque simultanées de Martin et de Christiani pour réunir des notions aussi précises qu'on peut les espérer sur un sujet aussi difficile.

Les recherches de Martin ont porté sur les grenouilles, puis sur des animaux à sang chaud. Martin, après avoir enlevé les lobes cérébraux d'une grenouille, détermine l'excitation des couches optiques en déposant sur leur surface un petit cristal de chlorure de sodium. Il observe alors, quand les accidents généraux sont terminés, une altération du mode respiratoire, caractérisée par une inspiration accélérée, presque tétanique, et par de rares mouvements expiratoires qui se font remarquer par leur extrême violence.

Ces recherches ont été reprises par Martin, en collaboration avec Booker, sur des animaux à sang chaud, des lapins. Leurs expériences les conduisent à cette conclusion, qu'il existe dans le mésencéphale du lapin, en arrière des corps quadrijumeaux, un centre régulateur de la respiration, analogue à celui constaté dans les couches optiques de la grenouille. L'excitation électrique de ce centre détermine une accélération de la respiration qui aboutit finalement à mettre le thorax en état d'inspiration, et, par suite, affaiblit ou même supprime complètement l'expiration.

Les auteurs rejettent toute idée de diffusion possible du courant électrique aux centres bulbaires. L'ablation du cerveau, des corps striés et du cervelet n'apportant aucune modification aux effets obtenus avant cette opération, autorise les auteurs à rejeter l'hypothèse d'une réaction possible de ces différents organes; mais il faut ajouter que les résultats obtenus après la section complète de la moelle au-dessus du mésencéphale, sont loin d'être brillants. Dans les deux seuls cas où cette section a pu être faite complètement, il a fallu amener la bobine induite à O pour obtenir une contraction tétanique en inspiration analogue à celle produite par l'application directe des électrodes sur la moelle.

D'autre part, les résultats obtenus avec le lapin les conduisent à admettre l'existence d'un second centre, celui-là inhibiteur de l'inspiration, et qui serait situé dans la région antérieure de la moelle, ou vers le pont de Varole. Chez un lapin, en effet, dont on excite le mésencéphale, on voit parfois survenir un état expiratoire, bien que les muscles inspirateurs présentent encore des secousses tétaniques ; d'autre part, Martin rejette l'idée de l'épuisement des muscles inspirateurs, puisque, immédiatement après l'arrêt de l'excitation, ils sont capables de déterminer d'énergiques inspirations. D'où cette hypothèse que des courants suffisamment forts, appliqués aux centres excitateurs mésencéphaliques de l'inspiration, peuvent diffuser jusqu'à un centre inhibiteur, situé à peu de distance.

Les expériences de Christiani concordent avec celles de Martin.

L'excitation de la surface des couches optiques détermine des effets respiratoires, mais Christiani a été plus loin et a cherché à localiser exactement ce centre inspirateur. Il le place à une très petite distance du plancher de la paroi latérale du troisième ventricule, près des corps quadrijumeaux. L'excitation mécanique, thermique ou électrique de ce point déterminerait, si elle était intense, un arrêt du diaphragme en inspiration. Une excitation plus faible accélère la respiration en même temps qu'elle la rend plus profonde.

La section des deux pneumogastriques n'amène aucune modification dans le mode respiratoire déterminé par l'excitation de ce centre, et, même pendant l'apnée, on constate encore son excitabilité.

Enfin un centre expiratoire existerait, toujours d'après Christiani, en avant des corps quadrijumeaux et près de l'aqueduc de Sylvius. Son excitation détermine une expiration presque spasmodique, ou même un arrêt de la respiration dans le stade expiratoire. Pour ce centre également la section des pneumogastriques ne paraît exercer aucune influence.

Mais les recherches ultérieures, loin de confirmer et de préciser les données apportées par Martin et Christiani, ont donné lieu à des résultats contradictoires, c'est ainsi qu'au point même où Martin localisait un centre inspirateur chez la grenouille, Steiner admet un centre expirateur, qui ne jouerait toutefois qu'un rôle fort secondaire et tout à fait accessoire. Les recherches récentes de Marckwald, de Lœwy, ne sont pas venues confirmer l'existence de ces centres. Il y a, croyons-nous, sur cette question une discussion de mots. Il peut exister, en effet, et il existe certainement, d'après les recherches citées plus haut, des points ou des régions, soit de la couche corticale, soit des ganglions céphaliques dont l'irritation retentit sur les centres bulbo-spinaux (pour ne pas préjuger la question des centres de la moelle). Mais ce ne sont pas là, à proprement parler, des centres ayant, sinon leur automatisme, au moins leurs réactions propres, leurs nerfs centrifuges et leurs nerfs centripètes, et leur action sur le rythme respiratoire, action uniquement modificatrice, ne peut s'exercer que par l'intermédiaire des vrais centres respiratoires situés plus bas.

II. — *Théorie réflexe.*

Il nous suffira de rappeler que grâce aux travaux de Lorry (1760), de Legallois (1812) repris par Flourens et d'autres physiologistes, l'on sait que le bulbe renferme une zone fort restreinte, vers la pointe du calamus, nommée *nœud vital*, à tort, par Flourens, et que nous désignons sous le nom de zone ou centre de Legallois, zone qui préside à l'innervation respiratoire. On peut détruire tout le cerveau sans léser cette fonction; mais, une fois la zone de Legallois détruite, celle-ci s'arrête. L'on admet aussi — ces faits sont classiques — que la zone de Legallois renferme deux centres inspirateurs et deux centres expirateurs, l'un de chaque sorte de chaque côté de la ligne médiane. Mais comment ces centres sont-ils incités à l'action ?

Résumons brièvement les opinions émises. L'excitation rythmique est transmise au système cérébro-spinal par les pneumogastriques, soit que

l'excès de CO^2 dans le sang du tissu pulmonaire, et dans l'air résidual excitent les filets terminaux que ce nerf émet dans toute la surface du poumon, soit que ces mêmes filets soient excités mécaniquement par les mouvements de retrait et d'expansion des alvéoles pulmonaires à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration (Hering et Breuer).

Une autre école place le centre d'excitation dans le bulbe, mais ici encore il existe de nombreuses divergences. Le centre respiratoire bulbaire est automatique dans l'expression rigoureuse du mot, c'est-à-dire que son excitabilité est déterminée par les changements interstitiels qui se produisent dans ses tissus propres (Luciani, Fano).

Mais, à côté de cette théorie, il en existe une autre : l'excitation a bien lieu directement sur les cellules ganglionnaires des centres respiratoires, elle n'est pas réflexe, mais elle est apportée par le sang. Ce n'est donc plus ici de l'automatisme vrai, réel, c'est une cause extrinsèque, mais qui vient agir directement sur le centre même.

Quant à l'agent actif du sang, quel est-il? Pour les uns, l'excitation du centre respiratoire est due au manque d'oxygène, l'anoschémie consécutive à une oxydation interstitielle générale est la cause première de la réaction de ce centre. Exposée pour la première fois par Valentin, la théorie de l'excitation par défaut d'oxygène fut défendue ensuite par Rosenthal, P. Bert, Friedländer.

D'autre part les propriétés excitantes de l'acide carbonique sur les tissus en général, son accumulation dans le sang veineux, le désignaient comme un agent excitateur du système nerveux respiratoire.

Marshall Hall, puis Volkmann et Traube soutiennent cette dernière opinion.

Une théorie éclectique admet l'action simultanée de ces deux gaz : Pflüger, Dolmen et plus récemment Bernsteim en sont les défenseurs ; il convient d'ajouter que les auteurs qui soutiennent les deux opinions précédentes n'ont jamais été rigoureusement exclusifs.

Enfin, pour terminer cette brève énumération, une théorie toute récente, élimine l'influence prépondérante des gaz du sang, et place dans une substance dont les caractères chimiques et l'existence même restent encore à établir, l'excitant mystérieux de la respiration. Entrevue par Burkart, posée par Zuntz et Geppert, cette opinion a suscité dans ces derniers temps de nombreuses recherches en Allemagne : Lœwy, Lehman, Marckwald.

L'excellente analyse du travail de Bersnteim donnée dans la revue nous permet d'être brefs à son égard, nous ne pouvons cependant passer sous silence ses conclusions.

Les deux gaz du sang, agissent tous deux sur les centres respiratoires, le manque d'O comme l'excès de CO^2 provoquent également les phénomènes dyspnéiques, mais leurs modes d'action sont tout différents : l'anoschémie excitant le centre inspirateur, l'acide carbonique en excès agissant surtout sur le centre expirateur, Bersnteim, pour affirmer cette action différente, s'appuie principalement sur les modifications observées dans le rapport qui existe, entre le temps d'inspiration et celui de l'expiration, quand on fait respirer un animal dans des milieux composés soit de gaz inertes H.Az, soit d'acide carbonique et d'oxygène. Dans le premier cas (hydrogène) le rapport de l'accroissement de l'inspiration à

l'expiration est de 10 à 6, tandis que ce rapport est complètement renversé pour la respiration dans un milieu chargé d'acide carbonique.

« Mais l'action stimulante de l'acide carbonique est si générale, qu'elle impressionne également les cellules du centre inspirateur, aussi constate-t-on également un renforcement de l'inspiration. »

Les recherches de Simon Fredericq sur l'asphyxie aiguë viennent confirmer celles de Bersnteim.

Enfin Lœwy a recherché l'action de l'acide carbonique sur le bulbe après section des pneumogastriques et séparation complète des centres céphaliques par une section sus-bulbaire. Le rythme respiratoire ne serait pas modifié, mais il n'en est pas de même de l'amplitude et de la pression. Sous l'influence d'un fort courant d'acide carbonique, la pression négative (inspiratrice) augmente proportionnellement à la force du courant de CO^2, quant à la pression positive (expiratrice), elle ne subirait que des variations passagères et très légères

L'amplitude enfin est singulièrement augmentée et par suite le volume d'air mis en mouvement à chaque respiration et également dans l'unité de temps (le nombre des mouvements ne variant pas). Dans les expériences de Lœwy cette augmentation était pour un excès de 1 0/0 de CO^2, de 10 à 15 0/0 du volume d'air.

Le rôle de l'oxygène dans le sang a surtout été étudié en utilisant le phénomène connu depuis Rosenthal sous le nom d'apnée. Il suffit, comme on sait, de soumettre un animal à une respiration artificielle énergique pour voir, si l'on arrête un moment cet exercice, un arrêt respiratoire qui persiste un laps de temps variable : l'animal est dit alors apnéique. Rosenthal attribuait cet arrêt respiratoire à l'excès d'oxygène contenu dans le sang, entraînant ainsi l'inertie du centre bulbaire. Cette opinion, généralement admise, a contre elle de nombreuses analyses de sang d'animaux en état d'apnée qui montrent que le sang contient alors moins d'oxygène que le sang veineux normal (Ewald, Hering, Filehne). Enfin Miescher Rusch, dans ses études sur l'apnée, n'accorde qu'une très faible action aux gaz du sang et parmi ces derniers, l'acide carbonique agirait seul. Quand les pneumogastriques sont coupés, l'arrêt du centre respiratoire provient simplement de la diminution de l'excitation de CO^2. Les recherches de Marckwald montrent qu'après une section sus-bulbaire et celle des nerfs vagues, il existe encore, même pendant la respiration artificielle exagérée, des mouvements spasmodiques du diaphragme.

Les expériences de Knonecker et de Van Ott sont à cet égard fort intéressantes et très ingénieuses, quoiqu'elles entraînent difficilement la conviction. Après avoir montré qu'un chien supporte facilement la substitution des deux tiers et même des trois quarts de son sang par une solution de chlorure de sodium à 6 0/0, Van Ott est arrivé en employant du sérum de cheval, à remplacer les 14/15 du sang par du sérum privé de globules. Un chien ainsi traité n'a jamais présenté de dyspnée; après être resté triste et somnolent le premier jour, il était complètement remis dès le troisième jour. Or, théoriquement, ce chien devait avoir une quantité excessivement faible d'oxygène dans son sang. Ce dernier en effet était réduit à un 14/15 du poids total, et encore cette faible quantité avait-elle perdu une partie de ses globules, détruits par du

sérum de cheval comme le prouvait l'existence des matières colorantes du sang dans les urines. Les numérations de globules faites dans les premiers jours qui suivirent la transfusion sont du reste significatives.

Or, l'oxygène du sang est contenu presque exclusivement dans les hématies (Pflüger). Le sérum du sang de chien renferme en effet 0,1 à 0,2 0/0 d'oxygène, tandis que le sang artériel complet (sérum et globules) donne 15 à 20 0/0 en volume. Le sang du chien de Van Ott ne contenait donc plus que 1/55 d'oxygène par rapport au sang normal. Il suffit de rappeler que le sang de chien asphyxié renferme encore 3 0/0 d'oxygène, soit 1/6 de la quantité normale, pour être frappé de l'absence de troubles respiratoires chez ce chien ainsi désoxygéné. Cette expérience, que nous empruntons à l'ouvrage de Marckwald, est certainement très élégante, mais elle n'est pas sans soulever quelques objections. Les oxydations interstitielles générales doivent être singulièrement diminuées chez un animal privé de la presque totalité de son sang (14/15) et il est difficile d'admettre que le centre bulbaire n'ait pas souffert dans sa nutrition et par suite dans son activité fonctionnelle.

On voit que si l'action excitante de l'acide carbonique est généralement admise, il n'en est pas de même de l'oxygène ; aussi a-t-on été conduit à chercher dans d'autres éléments du sang l'excitant propre du bulbe. Cette idée, sans être absolument nouvelle puisqu'elle est déjà mentionnée par Burkart en 1877, a été reprise récemment en Allemagne par Zuntz et Geppert.

Mais, leurs expériences ont été pratiquées dans des conditions pathologiques, et il serait bon de s'assurer que les résultats sont les mêmes en dehors de tout traumatisme sérieux. Cette épreuve de contrôle a été aisément réalisée sur un gros chien dressé à tirer une charrette : ce chien, trachéotomisé, a été attelé à sa charrette, portant le compteur à gaz et les autres appareils nécessaires à l'expérience ; comme dans les expériences précédentes, il y a diminution du déficit d'oxygène durant le travail et, chose intéressante, le renforcement respiratoire se trouve être, dans cette expérience, à peu près égal à ce qu'il a été chez les chiens tétanisés après section médullaire : il y a donc parallélisme complet dans les résultats. La diminution du déficit d'oxygène durant le travail musculaire et celle de la proportion d'acide carbonique indiquent un fait capital : elles montrent que durant le travail le renforcement respiratoire est tel que l'*air est fourni à l'organisme en quantité supérieure à ses besoins,* malgré l'accroissement de ceux-ci.

C'est le sang qui porte les incitations respiratoires. Une démonstration très simple et élégante de ce fait est fournie par l'expérience que voici. L'on tétanise les muscles d'un membre, et tant que dure la tétanisation, la circulation est interrompue, par compression de la veine efférente. Dans ces conditions, si l'activité respiratoire est représentée par 170 avant l'expérience, elle ne s'élève guère qu'à 192 durant la tétanisation avec compression de la veine ; mais après tétanisation et rétablissement du cours du sang, elle s'élève jusqu'à 370. Plusieurs expériences, conduites de la même façon, indiquent nettement que le tétanos ne détermine une accélération respiratoire qu'à dater du moment où le sang du membre tétanisé circule dans l'organisme. Pour répondre à une objection que l'on serait tenté de faire, Zuntz et Geppert ont institué

la contre-épreuve en comprimant l'aorte, chez un animal normal; or, ni pendant, ni *après* la compression, il n'y a accélération respiratoire. Le fait de la décompression n'est donc pour rien dans la production de l'accélération respiratoire chez l'animal tétanisé.

En quel point de l'organisme le sang modifié par le fait du travail musculaire vient-il exercer son action stimulante sur la fonction respiratoire?

Le sang peut agir dans le poumon, et en ce cas, les vagues et peut-être le sympathique représenteraient la voie par où les excitations viendraient retentir sur le système nerveux central; on peut objecter avec raison qu'après section des vagues et des sympathiques, l'effet excitant du sang du membre tétanisé demeure identique à ce qu'il était avant la section, et qu'en outre, l'effet de l'inhalation d'acide carbonique pur (expérience de Berns) demeure le même avant et après section de ces nerfs. Reste la moelle. Des expériences, dans lesquelles on a sectionné celle-ci, à la limite des régions cervicale et thoracique, en prenant la précaution de réchauffer l'animal, ont montré que cette section ne change rien aux résultats : les faits demeurent les mêmes; il y a diminution du déficit d'oxygène après tétanisation.

Ce n'est donc pas par les poumons que le sang agit sur la fonction respiratoire : ce doit être par le système nerveux central.

De quelle nature est la modification imprimée au sang par le travail musculaire. Ou bien il y a modification des gaz du sang; ou bien il y a production de substances nouvelles due à l'activité musculaire. Les modifications que peuvent subir les gaz du sang sont de deux ordres : leurs proportions peuvent être altérées, ou bien leur tension peut s'être modifiée.

L'influence du travail musculaire sur la quantité des gaz contenus dans le sang est aisée à connaître, si l'on pratique un certain nombre d'analyses du sang; ces analyses montrent que le sang de l'animal qui travaille présente les mêmes modifications que l'air expiré par cet animal; il y a augmentation d'oxygène, et diminution d'acide carbonique. Voici quelques chiffres qui se rapportent à différentes expériences :

PROPORTION D'OXYGÈNE.		PROPORTION DE CO^2.	
Repos.	Travail.	Repos.	Travail.
17.33	17.68	36.49	35.01
15.88	16.04	53.71	39.06
19.21	19.28	46.49	19.29
10.62	9.65	31.15	18.32

La tétanisation n'abaisse pas la quantité d'oxygène contenue dans le sang, et n'augmente point les proportions d'acide carbonique. Ce résultat semble paradoxal; le lecteur a cependant compris qu'en réalité ces effets, si contraires à ceux que l'on attend du travail musculaire, ne sont tels que par suite de l'intervention d'un facteur spécial, l'accélération de la respiration qui est telle que non seulement il y a compensation, mais encore excès de compensation, d'où dans le sang, aussi bien que dans les gaz expirés, proportion plus grande d'oxygène, et

moindre d'acide carbonique, à l'état de travail que dans l'état de repos. Il n'y a pas là de phénomène spécial, et il est aisé de s'en assurer par une expérience qui consiste à déterminer l'accélération respiratoire chez un animal sans le tétaniser. Chez l'animal à respiration renforcée, l'analyse des gaz du sang donne les résultats que voici :

OXYGÈNE.		ANHYDRIDE CARBONIQUE.	
Repos.	Excitation.	Repos.	Excitation.
18.31	20.78	33.12	29.60
20.22	20.26	47.80	38.85

D'ailleurs, la contre-épreuve existe, et si l'on détermine le ralentissement respiratoire à l'état de repos, l'on voit considérablement diminuer la teneur du sang en oxygène. Si l'on endort un animal, par le chloral ou la morphine, qui rendent la respiration lente et haute, l'oxygène devient plus rare dans le sang.

La diminution d'anhydride carbonique ne reconnaît pas pour cause l'accélération respiratoire seule : il y a probablement aussi une diminution notable de l'alcalinité du sang. L'activité musculaire s'accompagne de la production d'acides libres qui, chez le chien, se neutralisent de suite, mais chez le lapin, persistent quelque temps dans cet état, ne se neutralisant que lentement et progressivement. Cette alcalinité a été mesurée par les auteurs allemands, et les expériences montrent que durant l'activité musculaire, elle diminue considérablement (dans les proportions de 397 à 339; de 238 à 106; de 572 à 339, dans les recherches faites sur ce point), si bien qu'il est des cas où la diminution suffit à entraîner la mort.

En somme, l'on ne peut invoquer les modifications qui se produisent dans les proportions ou la quantité des gaz du sang pour expliquer la dyspnée qui survient sous l'influence du travail musculaire. Il reste à considérer la tension de ces gaz. Que devient-elle chez l'animal tétanisé ou produisant un travail considérable ?

Les éventualités sont d'ailleurs limitées; il peut y avoir abaissement de la tension de l'oxygène, ou accroissement de celle de l'anhydride carbonique, ou l'un et l'autre à la fois. Or, l'expérience montre que le sang de l'animal tétanisé contient un peu moins d'oxygène qu'il ne le pourrait comme l'on s'en assure expérimentalement *in vitro*. Mais il en est de même pour le sang de l'animal à l'état de repos, comme on le peut voir par le tableau qui suit :

REPOS.			ACTIVITÉ.		
Contenu.	Capacité en oxygène.	Degré de saturation.	Contenu.	Capacité en oxygène.	Degré de saturation.
17.90	18.77	96 0/0	14.60	14.91	97 0/0
12.19	16.09	76 0/0	15.83	17.94	88 0/0
12.55	13.21	95 0/0	17.88	18.75	95 0/0
13.54	14.26	95 0/0	16.22	18.56	87 0/0
13.81	15.68	88 0/0			

Les différences sont bien faibles, et l'on ne peut dire qu'il y ait une diminution de la tension de l'oxygène durant le travail musculaire.

La tension de CO^2 augmente-t-elle ? L'expérience fait encore écarter cette supposition, et l'on peut conclure que ni la proportion ni la tension des gaz du sang ne subissent par le fait du travail musculaire des altérations telles que l'on puisse considérer celles-ci comme causes du renforcement respiratoire, accompagnant ce travail. Il ne reste donc que l'hypothèse d'après laquelle les modifications respiratoires, lors du travail musculaire, seraient dues, non à des différences dans la quantité ou la tension des gaz du sang, mais à la production de substances chimiques non encore définies, qui se constitueraient sous l'influence de ce travail, et qui jouiraient de la propriété d'agir sur le centre respiratoire.

Cette substance se formerait même pendant le repos en apparence le plus complet, par suite du travail du cœur, des muscles inspirateurs, etc., mais sa production serait plus abondante dès que le travail est plus considérable.

Cette conclusion est d'un caractère essentiellement négatif ; elle n'est admissible que par l'exclusion des autres hypothèses.

Cette substance, due au travail musculaire, et jouissant de la propriété d'inciter les centres respirateurs, quelle est-elle ? Il n'y a encore que peu de chose de fait sur ce point. L'on peut cependant admettre que cette substance ou bien s'élimine rapidement, ou bien se détruit sans retard. En attendant les recherches nouvelles de Zuntz et Geppert, rappelons celles de Curt. Lehmann qui croit, lui aussi, à l'existence d'un produit spécial, Lehmann se demande si ce corps est acide ou alcalin. Ce qui pourrait faire croire à sa nature acide c'est le fait que l'analyse du sang des lapins tétanisés révèle une diminution notable de l'alcalinité, comme l'ont vu Zuntz et Geppert. Mais, d'autre part, cette diminution ne se présente pas dans le sang des chiens soumis à la même expérience, bien que la dyspnée, ou plutôt l'accélération respiratoire, soit considérable. Quoi qu'il en soit, Lehmann a fait quelques expériences dans le but d'élucider la question.

Pour savoir si l'augmentation des acides ou des alcalis dans le sang stimule ou non les centres respiratoires, il suffit d'introduire dans celui-ci des proportions connues de l'une ou l'autre catégorie de substance. L'animal (un lapin) est trachéotomisé, et respire par une soupape de Müller en communication avec un spiromètre. Au début, l'auteur injecte dans la veine faciale postérieure, vers le cœur, une solution de phosphate de soude, ou une solution d'acide phosphorique, toutes deux à 10 0/0. L'acide phosphorique, à la dose de 14 milligrammes, détermine un renforcement respiratoire considérable (55 0/0) ; le phosphate de soude, à la dose de 40 milligrammes, agit aussi, mais avec moins d'intensité ; le renforcement est de 35 0/0. Puis Lehmann a préféré employer le carbonate de soude ; il a pensé que les sensations accompagnant l'alcalinité plus grande du sang due au phosphate ont pu exercer une action psycho-motrice qui a compensé, a même plus que compensé cette augmentation d'alcalinité. Enfin, à l'acide phosphorique, il a joint aussi l'acide tartrique. Dans cette série d'expériences, Lehmann a vu la solution alcaline agir fortement sur la moelle et déterminer une inhibition presque totale de la respiration, phase suivie d'une réaction vive manifestée par une respiration spasmodique et prolongée, l'amplitude

respiratoire atteignant son maximum. D'autre part, les acides ne font qu'exciter la respiration, mais ils affaiblissent l'animal. Ces résultats sont nets, mais sont-ils dégagés de toute cause d'erreur? Non, car il faut s'assurer qu'ils tiennent bien et uniquement à la modification de composition du sang baignant les cellules ganglionnaires du bulbe; non, encore, car le vaisseau dans lequel l'injection a été faite témoigne bientôt, par sa friabilité, d'une lésion locale susceptible de retentir sur le reste de l'organisme; non, enfin, car il est vraisemblable que la diffusion a été trop faible, et en réalité c'est une solution encore très concentrée qui vient agir sur les centres nerveux.

Lehmann opère alors sur un lapin trachéotomisé endormi, à moelle lombaire sectionnée, entre les deuxième et quatrième vertèbres; il pose une canule sur l'artère crurale gauche. Mesurée par un gazomètre, l'inspiration est en moyenne de 60 centimètres cubes. L'on injecte alors la solution alcaline (1 centimètre cube, en 8 secondes). La respiration devient plus ample, mais non d'une façon extraordinaire. Nouvelle injection, peu après : mêmes phénomènes. Repos de vingt minutes, puis l'on procède à une injection de la solution acide (1 centimètre cube); ici le renforcement de l'amplitude respiratoire est très marqué; la moyenne est de plus de 100 centimètres cubes au lieu de 60.

La section de la moelle lombaire a pour but, dans cette expérience, d'empêcher les excitations sensitives de se produire, et le choix du lieu de l'injection est déterminé par le désir d'obtenir une dilution convenable de la solution dans le sang, avant de parvenir au contact des centres respiratoires. Le tableau qui suit résume les chiffres obtenus (ou calculés quand ils n'ont pas été directement relevés) pour l'expérience précédente.

RESPIRATION, PAR MINUTE, EN CENTIMÈTRES CUBES (Moyenne).

État normal	730
Injection de 2 milligrammes de carbonate de soude	873
Injection de 2 milligrammes de carbonate de soude	916
Repos de 20 minutes.	
État normal	763
Injection de 1 milligramme d'acide	1,243
Court repos.	
État après le repos	880
Injection de 0,3 milligramme d'acide	1,000
Repos de 12 minutes.	
État après le repos	996
Injection de 0,3 milligramme de carbonate de soude	1,034

En somme, acide et alcali stimulent la respiration, mais l'action la plus forte est celle de l'acide, car 1 milligramme de ce dernier agit plus que 4 milligrammes d'alcali.

Dans une autre série d'expériences, Lehmann a cherché à écarter ou diminuer les excitations psycho-motrices en soumettant l'animal

en expérience à une légère anesthésie par l'éther ; en outre, il a substitué la soude au carbonate de soude. Le tableau qui suit résume les résultats de cette expérience.

	Centimètres cubes par minute.
État normal	413
Injection de 1,3 milligramme de soude	443
Injection de 1,5 milligramme de soude	379
Injection de 1,6 milligramme de soude	321
Injection de 2,1 milligramme d'acide tartrique	687
Injection de 2,3 milligramme de soude	446
Injection de 1.8 milligramme de soude	441
Injection de 1,9 milligramme d'acide tartrique	606
Injection de 2,1 milligramme d'acide tartrique	333

En somme, l'acide accélère et renforce la respiration, tandis que l'alcali diminue l'amplitude des mouvements respiratoires (à la condition toutefois de supprimer les excitations sensitives dues à l'injection même, d'origine locale). L'effet de l'acide est d'augmenter l'amplitude de la course respiratoire, en même temps que d'accélérer celle-ci. En un mot, la respiration atteint sous son influence son maximum d'effet.

Les expériences de Lehmann l'amènent à conclure que chez le lapin tout au moins — seul objet de ses recherches — l'acidification du sang qui se produit à la suite de l'activité musculaire doit jouer un rôle considérable dans la détermination de l'accélération respiratoire qui est la conséquence de cette activité, en raison de l'excitation très nette que détermine l'acidification expérimentale. L'auteur note encore les faits suivants : 1° les cellules ganglionnaires qui président à l'innervation de l'appareil respiratoire sont moins affectées par une augmentation de l'alcalinité du sang, qu'elles ne le sont par une diminution correspondante ; 2° l'excitation produite par la diminution d'alcalinité du sang peut être atténuée et même supprimée par une injection alcaline.

Il est vraisemblable que la substance énigmatique de Zuntz et Geppert est de nature acide, et que l'acide carbonique est un excitant respiratoire parce qu'il est acide.

En même temps que Lehmann, A. Lœwy a fait quelques recherches sur la substance hypothétique de Zuntz et Geppert : il a voulu voir si elle s'élimine par les reins. Dans un cas, il injecte à un animal au repos, l'urine d'un autre animal tantôt au repos, tantôt tétanisé ; dans l'autre, il pose une ligature sur les uretères, et étudie les effets de la tétanisation sur leurs mouvements respiratoires. Voici une expérience : chez un lapin moyen, trachéotomisé, l'on injecte dans la veine faciale gauche 3, 6 centimètres cubes d'urine prise à un animal tétanisé (après expulsion de l'urine normale, de repos). Aussitôt la respiration se renforce : de 350 à 400 centimètres cubes par minute, elle s'élève en 3 minutes, à 464 et à 500 centimètres cubes. Après retour à l'état normal, injection de 3,25 centimètres cubes d'urine d'animal au repos ; renforcement respiratoire considérable (690 cent. cub. par minute) ! Cette expérience ne permet pas de conclure que l'urine du tétanos exerce une action quelconque en sus de celle de l'urine normale. Lœwy a alors eu recours à un autre procédé. L'animal est trachéotomisé, la moelle est sectionnée vers le milieu

du thorax, les uretères mis à découvert. Respiration = 470 ou 500 centimètres cubes par minute. Puis on tétanise l'animal à dix reprises (durant chacune 5 secondes) en 5 minutes. La respiration monte à 740 centimètres et redescend à la normale en 12 minutes. Un quart d'heure après la première épreuve, deuxième série de tétanos (six séries de 5 secondes chacune, en 3 minutes). Respiration : 800 centimètres cubes, puis retour en 7 minutes à la normale.

L'on répète l'expérience sur le même animal, après ligature du hile des reins, c'est-à-dire des uretères et des vaisseaux rénaux. Le résultat est le même que précédemment. Les expériences faites selon les deux méthodes différentes sont donc entièrement concordantes. Elles indiquent que la substance énigmatique de Zuntz et Geppert ne passe point dans l'urine et que l'élimination ne se fait autrement que par les reins. Il est difficile de décider si la dyspnée, ou plutôt la polypnée, a pour but la destruction de cette substance, ou plutôt l'oxygénation et la décarbonisation du sang, en présence des besoins accrus de l'organisme, et de ses dépenses plus considérables. Les deux phénomènes, ou plutôt les trois : destruction de la substance, exhalaison de CO^2 et absorption d'O, sont indispensables, et on ne peut dire quel est celui dont le besoin est le plus urgent. De toute façon, il semble que le même mécanisme, mis en jeu par l'un ou l'autre des besoins susénoncés, suffise à déterminer la production des phénomènes nécessaires à la satisfaction des uns et des autres.

Nous devons à l'obligeance de M. Charles Richet, la communication des résultats obtenus par lui dans les recherches sur l'action des acides sur la respiration. Ce physiologiste a vu que l'acide chlorhydrique, à la dose de 0 gr. 24 par kilogramme de poids vif, est mortel pour le chien. Les effets respiratoires sont intéressants.

La ventilation pulmonaire normale étant de 9,800 centimètres cubes par kilogramme et par heure, atteint, sous l'influence de l'acide, le chiffre de 46,000 centimètres cubes. En même temps la quantité d'anhydride carbonique expulsée par les poumons s'élève de $1^{gr},78$ à $2^{gr},52$ par kilogramme et par heure. La quantité d'oxygène absorbé s'élève de même de 1 gr. 75 à 2 gr. 15 par kilogramme et par heure. Il y a correspondance entre l'excès de CO^2 rejeté, et l'acidité du sang, car la quantité d'acide chlorhydrique répond, en valeur d'acide, à $2^{gr},74$ d'anhydride carbonique, et la quantité de CO^2 émise en excès a été de 2,60. Les chiffres sont très similaires.

En définitive, d'après la théorie de Zuntz et Geppert, le travail musculaire ne détermine pas dans la proportion des gaz du sang, les modifications que l'on a cru susceptibles d'exciter le centre respiratoire, et selon toute probalité, le rôle jusqu'ici attribué aux gaz du sang, appartient en réalité à une substance acide, non encore isolée, très oxydable, qui se produit par le travail musculaire et s'oxyde dans le sang.

Avant de quitter cette partie de notre sujet, il ne sera pas superflu de remarquer qu'une hypothèse voisine de celle de Zuntz et Geppert a déjà été proposée, il y a quelques années. En 1877, Burkart a émis l'opinion que l'activité du centre de Legallois est due à une substance réductrice, oxydable, qu'il n'a pu définir ni isoler, et qui se produirait dans la substance même de ce centre, lorsque la proportion d'oxygène baisserait

dans le sang arrosant le bulbe. Cette substance serait un excitant des cellules nerveuses (Voy. *R. S. M.*, t. XII, p. 424) du centre respiratoire. Nous retrouvons dans cette théorie la substance énigmatique de Zuntz et Geppert, mais on le voit, son origine serait différente.

Les mouvements respiratoires présentent avec ceux de la déglutition une connexion très intime. Ces rapports étroits avaient surtout été constatés chez les animaux à sang froid, et principalement chez la tortue et le caïman (Bert). Mais on peut observer ces mouvements chez les animaux à sang chaud en prenant le tracé des contractions du diaphragme et des mouvements pharyngiens. Quand on détermine l'arrêt respiratoire en excitant le laryngé supérieur, on constate sur le tracé, au lieu d'une ligne de repos complet, une série d'ondulations se rapportant à de faibles contractions diaphragmatiques.

Ce fait, signalé par Rosenthal, fut attribué par Bidder et Blumberg à des impulsions parties de la trachée et de l'œsophage et transmises mécaniquement, à travers la cage thoracique, jusqu'à la paroi diaphragmatique. Il n'y avait donc là qu'un phénomène purement passif. Mais, par la section de l'œsophage et de la trachée, Walter et Prévost établirent nettement le rôle actif des mouvements constatés, ces mouvements étant isochrones avec le premier temps de la déglutition. Ces faits furent confirmés par Arloing ; enfin Toussaint et Chauveau avaient déjà décrit un mouvement inspiratoire thoracique se produisant pendant l'acte de la rumination et jouant, d'après ces auteurs, un rôle actif dans le mécanisme de cet acte.

L'idée de connexion centrale et intime existant entre le centre de la déglutition et celui de la respiration est émise, pour la première fois, par Kronecker et Meltzer. Le processus irritatif qui irradie du centre de déglutition au centre respiratoire détermine principalement des phénomènes d'arrêt. Le diaphragme est rarement actif, et son rôle d'inspirateur est, dans la majorité des cas, purement passif et soumis au mouvement expiratoire du thorax.

Ce rapide aperçu historique nous semble utile, surtout après le Mémoire de Steiner, travail dans lequel les recherches de Walter et Prévost et de Meltzer sont à peine mentionnées. Le dispositif de Steiner était analogue à celui de Walter : section de la trachée, de l'œsophage et de tous les muscles de la région du cou, tracé du thorax et du diaphragme. Nous noterons de son travail les deux points les plus importants : la section du phrénique amène l'arrêt des contractions du diaphragme. Quant à l'apnée, elle reste sans influence sur ces mouvements, qui continuent à s'inscrire, par une série de dentelures isochrones, avec les mouvements de déglutition. Marckwald, qui a repris cette étude, est en contradiction avec Steiner sur quelques points ; c'est ainsi que, pour lui, la section des phréniques ne modifie nullement les mouvements du diaphragme, ceux-ci étant déterminés simplement et passivement par la dilatation du thorax ; mais il est complètement d'accord avec lui sur la persistance de la respiration de déglutition, quand la respiration vraie est arrêtée par l'apnée. Le stimulus qui irradie du centre de déglutition au centre respiratoire suffit alors pour déterminer l'acte respiratoire.

Steiner, en morphinant profondément un animal, était parvenu à dissocier l'action des deux centres, celui de la déglutition persistant quand

tous les phénomènes respiratoires avaient totalement disparu; Marckwald a pu réaliser, par un procédé opératoire et par une piqûre du centre respiratoire, l'expérience de Steiner. La déglutition, dans ce cas, persiste, mais sans entraîner aucune action respiratoire. Ces deux centres sont donc parfaitement dissociés.

Pour Marckwald, le caractère constant et essentiel de la respiration de déglutition consiste dans un rôle d'arrêt de la respiration naturelle, cet arrêt étant précédé généralement, mais non d'une façon constante, par un court mouvement respiratoire, et cet arrêt joue un grand rôle protecteur, puisqu'il prévient le passage des aliments dans les voies aériennes. Ce phénomène d'arrêt s'observe facilement en augmentant successivement le nombre des mouvements de déglutition par l'excitation du voile du palais. Plusieurs excitations ralentissent la respiration, et, si leur nombre augmente, elles amènent un arrêt complet, comme dans l'excitation par le laryngé.

Quant à cette inhibition, elle serait transmise surtout par le glosso-pharyngien. Ce dernier nerf est, en effet, un nerf d'arrêt que nous pourrions appeler indifférent, en ce que son excitation arrête la respiration à n'importe quel temps. Il en est de même du mouvement de déglutition (Kronecker). Nous avons dit que le mouvement respiratoire de déglutition était caractérisé par une courte inspiration suivie d'un arrêt. Ces deux phénomènes s'expliqueraient ainsi : l'excitation du voile du palais serait transmise simultanément au centre de la déglutition et au noyau glosso-pharyngien. Ces deux centres réagiraient alors sur le centre respiratoire, l'un étant excitant, l'autre inhibiteur ; mais la période d'excitation latente du glosso-pharyngien étant plus lente, c'est l'excitation du centre de déglutition qui entre la première en jeu et produit son effet et détermine un mouvement respiratoire rapidement arrêté par l'action inhibitrice du glosso-pharyngien. Le rôle essentiellement protecteur de cette action apparaît plus nettement encore en observant la réciprocité entre ces deux centres. Si, pour une cause quelconque, les parcelles alimentaires ont franchi le larynx, l'animal ou l'homme, pour se débarrasser, fait un phénomène d'effort et de toux ; l'excitation violente du centre respiratoire irradie au centre de déglutition, ce dernier entre en jeu énergiquement pour entraîner l'aliment dans sa voie naturelle.

Nous avons dit : excitation violente du centre respiratoire dans les conditions ordinaires ; en effet, le centre respiratoire ne réagit pas sur le centre de déglutition, et les figures schématiques de Steiner, indiquant des connexions intra-centrales entre les deux centres en question et le noyau du glosso-pharyngien, ne permettent pas d'expliquer suffisamment cette absence de réciprocité. L'explication de Marckwald est ingénieuse; nous la donnerons sans commentaire. Le centre respiratoire, toujours en action, possède un tonus, grâce auquel les excitations partant de ce centre irradient constamment vers le noyau du glosso-pharyngien et du centre de la déglutition et se neutralisent par conséquent. Le centre de déglutition, n'ayant pas de tonus, n'envoie ses excitations que par intervalle, et la différence de temps perdu dans l'excitation des deux points en connexion avec lui expliquent l'apparition successive des deux actions : excitatrice, inhibitrice.

III. — *Centres spinaux.*

Nous arrivons maintenant à l'étude du rôle respiratoire de la moelle. Sans nous attarder à l'exposé des idées de Brown-Séquard (1858-1860), de Langendorff, Rokitansky, Schroff, abordons de suite les travaux de M. Wertheimer.

Nous n'avons pas à rappeler ici la technique opératoire de l'auteur ; il suffit de rappeler qu'il opère sur des chiens trachéotomisés, pourvus de la respiration artificielle et à moelle séparée du bulbe.

Que se passe-t-il dans ces conditions, la moelle ayant été totalement sectionnée et ses fragments s'étant écartés l'un de l'autre ?

Au bout d'un temps qui varie, l'on s'aperçoit, en interrompant la respiration artificielle, qu'il existe une respiration spontanée, laquelle ne devient apparente qu'en l'absence de la première. La section médullaire au-dessous du bulbe n'a donc pas définivement aboli la respiration spontanée; elle l'a suspendue pour un temps seulement.

Ce retour n'est jamais de durée bien longue: mais enfin, si l'on a la précaution de rétablir de temps à autre la respiration artificielle, l'on voit fort bien se produire la respiration spontanée durant les intervalles. Il s'agit ici de chiens ayant de 3 à 6 ou 8 mois. Le temps que met la respiration spontanée à se rétablir est variable : il est tantôt d'une demi-heure, tantôt de 4 ou 5 heures, et de moins encore chez les jeunes animaux.

Pour M. Wertheimer, l'effet de la section serait, comme pour Brown-Séquard, de déterminer une inhibition par violente irritation des centres médullaires inférieurs au point sectionné : une fois cette inhibition disparue ou atténuée, ces centres reprendraient leur fonctionnement normal, d'où le rétablissement de la respiration. De toute façon, que l'on accepte ou non l'explication proposée, il est évident que le traumatisme n'a qu'un effet passager, et que si l'on met l'organisme en mesure de survivre à la phase de paralysie ou d'arrêt respiratoire, l'on voit cette phase se dissiper et faire place au rétablissement de la fonction arrêtée.

Notons en passant que dans les expériences de M. Wertheimer, le retour des réflexes, abolis eux aussi par le traumatisme médullaire, s'opère progressivement, et que ce sont les centres les plus éloignés du point sectionné qui sont les premiers à reprendre leur fonctionnement.

La *durée* de la respiration spinale est variable ; sans avoir cherché à la mesurer d'une façon absolue, M. Wertheimer a constaté qu'elle peut atteindre deux ou trois heures, si l'on pratique de temps à autre la respiration artificielle. Les intervalles qu'on peut laisser entre les moments où l'on pratique celle-ci peuvent atteindre une demi-heure ou trois quarts d'heure. Les mouvements respiratoires spinaux, enregistrés par la méthode graphique, avec les procédés que l'on sait, présentent des caractères spéciaux qui les différencient de la respiration bulbaire, normale : elle est très fréquente et très irrégulière pour la définir en deux mots. Parfois, on observe une influence asphyxique, mais cela est rare, contrairement à ce qu'a cru voir Langendorff; jamais on ne se trouve en présence de l'apnée; même quand on supprime la respiration artificielle après l'avoir faite d'une façon fréquente et active pour aérer le sang au maximum, l'on voit la respiration spontanée se rétablir aussitôt si l'on est arrivé à la phase du rétablissement de celle-ci.

C'est là un fait intéressant, et que divers tracés de M. Wertheimer montrent nettement. Il ne faut pas oublier sans doute que dans les expépériences de ce physiologiste, les pneumogastriques ont été tous deux coupés, ce qui, d'après les recherches de M. Brown-Séquard et de Gad, exerce une influence notable sur la production de l'apnée; mais d'autre part, l'apnée peut se produire même après section de ces nerfs. Si donc elle ne se produit pas dans les expériences dont nous parlons, c'est qu'il n'y a pas, pour les centres respiratoires spinaux, la même sensibilité aux variations du gaz du sang que pour le centre bulbaire. Ou encore, la sensibilité serait égale; mais les centres spinaux seraient uniquement excitateurs de mouvements respiratoires et uniquement excitables par le sang, qu'il soit asphyxique ou oxygèné, tandis que le bulbe serait un régulateur sur lequel les deux états susdits du sang agiraient en sens inverse et non selon un seul et même mode.

La *fréquence* des mouvements respiratoires spinaux est grande : de 12 à 15 (état normal). elle s'élève à 50, 90, 150 par minute : il y a anhélation évidente. D'autre part, il y a *absence de synchronisme* entre les mouvements du tronc et ceux de la face. Les derniers sont rares (8-10 par minute, et ne coïncident pas avec les premiers ; Langendorff dit au contraire qu'il y a coïncidence). Ce fait est encore intéressant, en ce qu'il montre bien de quelle façon il faut comprendre le rôle des centres spinaux et celui du bulbe. Le bulbe, organe régulateur, règle son activité sur les besoins de l'organisme, et stimule ou ralentit la respiration en conséquence. Dans l'asphyxie, chez l'animal à moelle sectionnée, la respiration faciale (bulbaire) s'accélère, puis se ralentit; la respiration spinale persiste aussi fréquente qu'en l'état d'oxygénation maximum du sang, c'est-à-dire que les centres spinaux sont purement et exclusivement moteurs, alors que le bulbe est régulateur.

L'*amplitude* des mouvements respiratoires spinaux est faible et irrégulière, des mouvements profonds venant alterner avec des mouvements superficiels, sans régularité aucune. En outre, l'*inspiration se produit parfois en deux temps.* Il n'y a pas là défaut de synchronisme entre les muscles inspirateurs des deux côtés ou entre les deux moitiés du diaphragme, comme l'on s'en assure par l'observation directe : il y a succession si rapide des excitations inspiratrices que les mouvements respiratoires empiètent les uns sur les autres, d'après M. Wertheimer. Peut-être encore y a-t-il eu excitation simultanée des centres inspirateurs et expirateurs. Cette explication trouve un certain appui dans le fait que l'expiration, chez le chien à moelle sectionnée, est souvent active au lieu d'être purement passive comme chez l'animal normal. La fréquence de l'occurrence de l'expiration active s'expliquerait par les considérations suivantes : la moelle, après le traumatisme, regagne ses propriétés physiologiques par la partie inférieure d'abord, et les parties supérieures ne se remettent à fonctionner qu'après retour du fonctionnement des parties inférieures. Ce sont donc les muscles expirateurs (abdominaux, innervés par la région lombaire) qui devront entrer les premiers en activité lors du rétablissement des fonctions médullaires; plus tard, à mesure que l'excitabilité se réveille de bas en haut, la moelle thoracique fonctionnera, et alors, au lieu des expirations actives que l'on observe seules au début, l'inspiration se produira. C'est ainsi que M. Wer-

theimer croit devoir interpréter les cas où, au début du réveil médullaire, c'est l'expiration active qui seule, ou principalement, témoigne du retour des fonctions spinales, et l'auteur conclut en disant que ses expériences « montrent que la région inférieure de la moelle est, pour les principaux muscles expirateurs, un centre d'action rythmique, comme la région supérieure l'est pour les muscles inspirateurs, et que ces centres distincts peuvent fonctionner isolément. »

Il reste quelques faits à signaler à l'égard des expirations actives. Tout d'abord, au moment où celles-ci seules se présentent, l'on peut, dans certains cas, s'assurer que le réveil des centres inspirateurs n'est pas éloigné : on peut, en effet, par une excitation mécanique, déterminer la production d'une inspiration : le réveil de l'activité réflexe précède le réveil de l'activité dite spontanée. Un autre fait est la possibilité de l'occurrence de mouvements expiratoires réguliers, ou assez réguliers, précédant ou suivant immédiatement un mouvement d'inspiration. Le plus souvent, cependant, une fois que le mouvement inspiratoire est bien établi, les expirations actives deviennent plus irrégulières, et dans bien des cas celles-ci ne s'observent pas du tout. Ces différences s'expliquent sans doute par des différences dans le degré d'excitabilité de la moelle, « ou bien celle-ci est à peu près revenue à l'état normal, une fois la phase d'inhibition passée, et alors, ainsi qu'à l'état physiologique, les centres inspirateurs fonctionnent seuls, mais d'après le mode d'activité qui leur est propre, ou bien l'excitabilité est augmentée ; les centres expirateurs habituellement inactifs entrent en jeu, d'abord avant leurs antagonistes, puis en même temps qu'eux ; à un degré plus élevé encore on voit les muscles des membres eux-mêmes se contracter rythmiquement ! » Ces mouvements ne peuvent être dus à l'asphyxie, car ils s'observent aussi bien pendant la ventilation artificielle la plus abondante.

La conclusion, c'est qu'une fois la moelle séparée du cerveau, l'activité des centres expirateurs spinaux tend à se manifester comme celle des centres inspirateurs. A l'état normal, le bulbe exerce donc sur les premiers une influence inhibitrice considérable qui sert à la régulation de la respiration, et sans laquelle celle-ci serait désordonnée et irrégulière.

Dans un second mémoire publié sur la matière, le même auteur établit un certain nombre de points nouveaux relatifs à la respiration spinale. Le plus important c'est le fait qu'il existe un moyen permettant de diminuer énormément l'effet inhibitoire de la section médullaire, et d'observer la respiration spinale aussitôt après celle-ci sans avoir à attendre, fort longtemps parfois, le réveil de cette fonction.

Ce moyen, c'est le refroidissement préalable du bulbe. Mais au lieu d'opérer localement et de refroidir le bulbe seul, M. Wertheimer a préféré déterminer un refroidissement général de l'organisme en soumettant l'animal immobilisé à l'action prolongée d'un courant d'eau froide, après l'avoir anesthésié pour l'empêcher de se débattre. L'on refroidit jusqu'à ce que le thermomètre, dans le rectum, soit tombé entre 25° et 18° centigrades. Les mouvements respiratoires présentent certaines particularités. Ils sont extrêmement superficiels, petits, en même temps que fréquents, si bien que l'on croirait avoir affaire à des pulsations cardia-

ques, d'après M. Wertheimer; l'observation directe, et l'enregistrement des pulsations cardiaques et de la pression trachéale, révèlent les caractères propres de ces deux ordres de mouvements, et indiquent que le cœur n'est pour rien dans la détermination des mouvements que l'on considère comme respiratoires : ceux-ci sont faibles et fréquents, alors que le cœur est sensiblement ralenti (une pulsation pour les respirations par exemple) et entrecoupés, de temps à autre, à intervalles à peu près égaux (de 5 ou 6 respirations, par exemple,) par des inspirations plus profondes; parfois encore, ils ne présentent pas cette faiblesse marquée, et ont la même profondeur que dans les expériences faites sur des animaux non refroidis. Enfin, dans les cas rares où la respiration spinale ne se présente pas spontanément aussitôt après la section supra-bulbaire, on en détermine aisément la production réflexe au moyen d'excitations sensitives.

Chez les lapins, que Langendorff considère d'après ses expériences comme ne présentant la respiration spinale qu'à un très faible degré, Wertheimer a vu que, dans deux cas, celle-ci s'est réveillée après respiration artificielle de 3 et 5 minutes; dans un, après excitations sensitives; dans la dernière, elle ne s'est pas produite.

Les mouvements respiratoires du lapin, commme ceux du chien, sont fréquents et superficiels, et M. Wertheimer dit n'avoir observé aucune de ces crampes ou convulsions respiratoires dont parle M. Marckwald. Mais ici, s'engage entre les deux auteurs une discussion dont nous devons dire un mot, avant d'en venir à la discussion générale des résultats. Pour M. Marckwald, le lapin refroidi ne présente après section infra-bulbaire que des contractions tétaniques du diaphragme, des crampes ou convulsions respiratoires dues à une excitabilité anormale de la moelle.

M. Wertheimer n'a pas vu ces crampes, mais a constaté la respiration spinale. Ce physiologiste ne pense pas que le refroidissement puisse atténuer les effets de la section médullaire aussi complètement que chez le chien, mais s'il était possible d'obtenir la même atténuation, les résultats seraient les mêmes que chez ce dernier animal, et il considère que dans une de ses expériences M. Marckwald a obtenu cette égalité d'atténuation. Il s'agit d'une expérience où le bulbe est coupé *au-dessus* du centre respiratoire, et où la surface de section est soumise à la réfrigération. Dans ce cas, il y a respiration très superficielle et très fréquente, avec inspirations profondes de temps à autre; après réfrigération prolongée, il ne reste plus que les petites respirations. Or, dans ce cas, la similitude des effets obtenus par M. Marckwald (section au-dessus du bulbe et réfrigération de celui-ci) et par M. Wertheimer (section au-dessous du bulbe) est frappante, et M. Wertheimer pense qu'en réalité M. Marckwald est arrivé, sans le vouloir, à supprimer l'action du bulbe, sans traumatisme inhibiteur : il ne croit pas à la dyspnée par le froid, ou par le chlorure de sodium à laquelle se rallie l'auteur allemand.

En somme, chez le lapin, comme chez le chien, le refroidissement de l'organisme permet d'observer la respiration spinale aussitôt après la section infra-bulbaire : et chez les deux espèces d'animaux elle se présente avec les mêmes caractères. Comment agit ce refroidissement?

Pour M. Wertheimer, il détermine une diminution de l'inhibition. Malgré l'intérêt de la question nous ne saurions entrer ici dans un exposé approfondi des motifs, l'interprétation du fait étant secondaire, dans le cas présent, par rapport au fait même. Ce que nous voulons retenir, c'est le fait que chez l'animal refroidi, la respiration spinale existe dès le lmoment où la section infra-bulbaire a été pratiquée, ou se présente peu après l'opération.

La fin du deuxième mémoire de M. Wertheimer est consacrée à l'étude des effets produits par l'excitation des nerfs centripètes (sciatique, etc.) sur les mouvements respiratoires spinaux, après section médullaire infra-bulbaire, et l'auteur en conclut que selon que l'activité des centres spinaux est forte, faible ou nulle, les excitations arrêtent, renforcent ou provoquent la première : il pense que les nerfs périphériques, en agissant sur les centres spinaux seuls et d'une façon accidentelle, jouent un certain rôle auprès du pneumogastrique dans la régulation respiratoire.

Nous venons d'entendre la plaidoirie de Langendorff et de Wertheimer en faveur de l'existence de centres respiratoires spinaux : écoutons maintenant l'avocat de la partie adverse, M. Marckwald, qui, dans son mémoire, et surtout dans un appendice, qui en complète d'une façon très intéressante la traduction anglaise de M. Haig, s'attache à combattre la thèse de Wertheimer.

M. Marckwald a commencé — avant la publication de Wertheimer, mais après celles de Langendorff, — par étudier l'excitabilité de la moelle épinière considérée dans son ensemble, ayant d'ailleurs en vue une recherche toute différente de celle qui nous occupe. Ayant donc sectionné la moelle transversalement, un peu au-dessous de la pointe du calamus, chez des lapins, parfois chez des chats, et ayant de suite pratiqué la respiration artificielle en prenant soin de n'insuffler que de l'air tiède, pour éviter le refroidissement de l'animal, Marckwald a excité la moelle épinière ainsi isolée du bulbe et des centres supérieurs, au moyen de deux électrodes, implantées dans la substance de la moelle cervicale, un peu au-dessous de la section, afin de voir l'influence de l'excitation sur le diaphragme. Avec des courants faibles rien ne se produit. Il faut des courants forts pour obtenir une réaction. En ce cas, l'on observe un tressaillement, une brève contraction de ce muscle, « jamais un mouvement respiratoire véritable ». Pourtant, il s'est produit des phénomènes plus intéressants. Marckwald a vu se produire des spasmes respiratoires à la suite de quelques excitations pratiquées en succession rapide. Au lieu de 3 ou 4 réactions faibles se rattachant chacune à l'une des 3 ou 4 excitations, il y a eu un effet unique, postérieur de 11 secondes à la cessation de la dernière excitation. Ce fait s'est présenté trois fois de suite, chez le même animal, dans des conditions analogues. Il ne nous surprend en rien : l'on sait que l'excitation multiple d'organes ou tissus à activité rythmique est le plus souvent suivie — dans certaines conditions expérimentales — de la production, non de manifestations isolées, mais d'une série de mouvements rythmiques propres à l'organe considéré. En excitant la moelle d'une façon plus suivie (courants d'induction, excitations espacées de 1/20e de seconde environ) l'on voit, d'après M. Marckwald, se produire un spasme inspiratoire, puis un tétanos du

diaphragme entrecoupé de spasmes de ce muscle. Il arrive souvent que l'on est obligé de cesser l'expérience, en raison des spasmes généraux qui se produisent bientôt. Ce cas, en réalité, s'observe dans la plupart des expériences où l'on excite violemment un organe à activité rythmique. Mais, dit M. Marckwald, ce ne sont pas là de véritables mouvements respiratoires, ce sont des spasmes comme on en peut obtenir chez des lapins refroidis, à moelle sectionnée, après excitation cutanée violente : cela prouve que la moelle est très irritable — en raison du traumatisme — et ces spasmes peuvent très bien s'observer, par séries prolongées, chez des animaux à moelle coupée et strychnisés. M. Marckwald a vu chez les derniers animaux les phénomènes signalés par Langendorff : il ne nie pas les mouvements, mais il les interprète autrement. Là où Langendorff et Wertheimer voient la preuve d'une activité automatique de la moelle épinière, Marckwald ne voit qu'une excitabilité plus grande de celle-ci, grâce à laquelle de petites excitations — provenant de la périphérie, ou encore de la surface de section — déterminent la production de contractions tétaniques du diaphragme, identiques à celles que l'on provoque par l'excitation expérimentale directe de la moelle sectionnée. — Le fait que ces contractions peuvent se produire d'une façon rythmée n'a rien d'étonnant, et M. Marckwald rappelle à ce propos — ce qui est d'ailleurs inutile pour les physiologistes — les faits bien connus observés par divers expérimentateurs sur les organes à activité rythmique : l'on sait que des excitations *continues* déterminent le plus souvent, dans ces organes, des manifestations *intermittentes*. En somme, il y a surtout, entre M. Marckwald et MM. Langendorff et Wertheimer, une différence d'interprétation : tous reconnaissent qu'il y a des mouvements, mais M. Marckwald refuse à ceux-ci le caractère respiratoire. Toutefois, dans l'appendice à l'édition anglaise, M. Marckwald pousse plus loin sa discussion, et s'en prend surtout aux points sur lesquels Wertheimer et Langendorff sont en désaccord. Ces points sont les suivants. Pour Langendorff la respiration spinale est profonde, lente et régulière, et l'influence de l'apnée est très nette, comme aussi celle du sang asphyxique : enfin, Langendorff croit que le centre expirateur n'entre en action qu'après épuisement de l'inspirateur, ou lorsque la proportion d'oxygène dans le sang a beaucoup diminué. Pour Wertheimer au contraire la respiration spinale est rapide, superficielle et irrégulière ; l'apnée n'existe pas pour les centres médullaires, et l'état du sang n'a pas d'influence sur eux ; enfin, c'est par le centre expirateur que débute l'activité médullaire, et c'est chez lui qu'elle est le plus durable. Sans doute, Langendorff n'a employé que des animaux nouveau-nés très jeunes, et des lapins de préférence, alors que Wertheimer ne s'est servi que de chiens adultes ou jeunes, mais cela ne suffit pas à expliquer ces différences, dit M. Marckwald. Sur ce point, nous ne saurions nous ranger entièrement à son avis, et il est probable que la différence des conditions expérimentales et des sujets d'expérience joue un rôle plus considérable qu'il ne le veut croire. Mais nous ne saurions nous attarder sur ce point : seule l'expérimentation pourrait décider. M. Marckwald accorde que Langendorff et Wertheimer se rencontrent sur deux points seulement : tous deux ont vu cesser la respiration après section infra-bulbaire ; tous deux ont vu se produire, un certain temps après la

cessation de la respiration, des contractions rythmiques spontanées des muscles respirateurs (« de tous les muscles respirateurs ») en même temps que des contractions dans les muscles des extrémités. Ce sont là des faits positifs, bien avérés « que nul ne mettra en doute ». Ceci accordé, M. Marckwald se retranche de nouveau dans sa position, et conteste l'*interprétation* de ces faits. Les mouvements en question existent, mais ce ne sont pas des mouvements respiratoires : ce sont des spasmes des muscles respiratoires, et ce qui le prouve c'est que ces mouvements se produisent surtout dans les conditions favorables à l'activité spasmodique (empoisonnement strychnique, refroidissement) et en même temps que d'autres spasmes plus ou moins généralisés. Si, par exemple, dit M. Marckwald, l'on observe un animal trachéotomisé, pourvu de la respiration artificielle, après section infra-bulbaire, l'on constate l'existence d'un mouvement spasmodique généralisé, assez rythmique ; « les muscles de l'abdomen se contractent spasmodiquement en même temps, et l'air s'échappe avec bruit par la trachée. Le processus entier représente des spasmes expiratoires rythmiques du thorax. Je n'ai jamais vu de soulèvement positif des côtes. Durant l'inspiration, le thorax n'a jamais dépassé la position d'équilibre. Ces mouvements de l'animal se produisent toujours avec le même rythme, lequel n'est point isochrone avec celui de la respiration artificielle. Dans un cas, quand la respiration artificielle était lente, ils étaient analogues à la respiration normale de l'animal, plus fréquents que ceux de la respiration artificielle parce que les pauses respiratoires entre les spasmes devenaient plus courtes. Après que la respiration artificielle a cessé, ces mouvements spasmodiques persistent sans modifications durant une heure environ, par exemple. Si l'on ouvre alors l'abdomen on peut voir et sentir le diaphragme s'abaissant à chaque spasme expiratoire, comme durant l'inspiration : si les côtes sont alors élevées, de façon à ce qu'elles n'aient plus d'action sur le diaphragme, ces mouvements du diaphragme cessent immédiatement. Ce mouvement est donc purement passif, comme celui qui se produit après lésion des phréniques. Parfois, en outre de ce mouvement passif du diaphragme, il se produit toutes les minutes, ou demi-minutes, un spasme inspiratoire. Il est fort lent, et se produit à des intervalles distincts, et pendant qu'il s'opère, le diaphragme s'abaisse et devient plan, ou même se bombe inférieurement. Pendant le relâchement du diaphragme l'on peut voir aussi des frémissements rythmiques synchrones avec les forts et lents mouvements du cœur à sang froid, provoqués par ses pulsations. Le diaphragme qui a perdu sa tonicité, suit ces mouvements d'une façon très remarquable et il faut avoir grand soin de ne pas se laisser induire en erreur et croire que l'on a à faire à des « respirations très superficielles, irrégulières et fréquentes ». A la fin, l'on observe des frémissements qui se localisent dans des fibres isolées du diaphragme et qui continuent même après que le muscle a été sectionné. Si, comme l'a fait Wertheimer, les différents mouvements étaient enregistrés au moyen d'un tambour relié à la trachée de l'animal, il serait impossible de différencier ces différents mouvements du thorax et du diaphragme, et naturellement, l'on arriverait à des conclusions erronées.

Malgré sa longueur, nous avons tenu à citer ce passage en entier, car il nous prouve que les animaux opérés par Marckwald peuvent vivre

une heure durant, sans respiration artificielle, le cœur continuant à fonctionner, grâce, sans doute aux « spasmes respiratoires ». Pour entretenir la vie à ce point, il faut bien que ces « spasmes » aient un effet respiratoire utile. Mais M. Marckwald maintient des objections. Ces mouvements, dit-il, sont à tel point spasmodiques et différents des mouvements normaux qu'il semble incroyable qu'on ait pu les considérer comme « l'expression des mouvements respiratoires normaux ». Personne n'a dit cela ; ni M. Wertheimer, ni M. Langendorff ne considèrent ces mouvements comme normaux, ils n'y voient que l'activité spinale non réglée par le bulbe. M. Marckwald conclut une fois de plus qu'il n'existe aucun centre respiratoire spinal dans la moelle épinière. « Les mouvements isolés ou rythmiques, dits respiratoires, émanant de la moelle épinière chez les animaux nouveau-nés ou chez les animaux dont le sang a été refroidi, ne sont pas des respirations normales ; ce sont des états tétaniques des muscles respiratoires, et souvent d'autres muscles y participent. Tous les phénomènes de ce genre peuvent aisément s'expliquer par des faits depuis longtemps connus. »

M. Marckwald attache une certaine importance à l'expérience que voici : chez un chat adulte, vigoureux, morphinisé, Marckwald sectionne la moitié droite de la moelle épinière sans hémorragie, à peu de distance du bulbe. Paralysie complète à droite et cessation des mouvements respiratoires actifs de ce côté. Dix jours après l'opération, au même niveau, l'on sectionne le côté gauche de la moelle, sans hémorragie. Arrêt respiratoire total. On pratique la respiration artificielle que l'on interrompt à plusieurs reprises pour voir si la respiration spontanée se rétablit : rien. La tête respire cependant, normalement. Après quelque temps (3 heures) de respiration artificielle, il y a de la motilité des deux côtés du corps : seul le diaphragme reste immobile. Et M. Marckwald dit : « M. Wertheimer pense-t-il réellement qu'après une respiration artificielle ininterrompue durant 3 heures, après section complète de la moelle cervicale, les centres respiratoires sont revenus à la vie, ces centres qui, après section d'un seul côté, avec circulation et température normale, n'ont pu revenir à la vie en dix jours ? » Cette objection a une valeur considérable, évidemment, et M. Marckwald a, à l'appui de sa manière de voir, des faits importants et précis, dont le principal, à notre avis, est celui-ci ; l'hypothèse de l'existence des centres respiratoires spinaux n'est pas la seule que l'on puisse invoquer, pour expliquer les faits observés; il est légitime d'invoquer aussi la possibilité de mouvements réflexes des muscles respiratoires, étant donné qu'il se présente en même temps des réflexes des autres muscles innervée par la moelle épinière. Sans doute, ces réflexes des muscles respiratoires ont des caractères spéciaux, mais sait-on s'ils diffèrent à tel point des autres mouvements qui se produisent en même temps, qu'il faille invoquer une explication différente ? Toute la question est là. Nul ne discute les faits ; ils sont incontestables, nous semble-t-il ; mais il est permis de différer sur l'interprétation. Sur ce point, le désaccord entre Marckwald et Wertheimer-Langendorff est considérable.

IV. — *Nerfs respirateurs. — Pneumogastrique.*

Sur ce point, les recherches de Marckwald et de Fredericq sont particulièrement intéressantes et ce sont les seules sur lesquelles nous nous arrêterons.

Fredericq fait remarquer qu'actuellement la position est la suivante.

Pour divers expérimentateurs, le pneumogastrique ne renferme que des fibres inspiratoires, ou, pour parler plus exactement, l'excitation du bout central de ce nerf ne donne lieu qu'à des mouvements d'inspiration : telle est l'opinion de Traube, Kölliker, Müller, Cl. Bernard, Schiff, Löwinsohn, Waller et Prévost, et Rosenthal.

Pour un deuxième groupe de physiologistes, l'excitation de ce nerf, dans les mêmes conditions, produit des effets variables selon la force de l'excitation, et déterminerait tantôt une accélération respiratoire, tantôt un arrêt expiratoire ou inspiratoire : dans ce groupe se rangent Aubert, von Tschwitsch, Burkart, Paul Bert.

Enfin, quelques physiologistes, et c'est le petit nombre, admettent que l'excitation du pneumogastrique ne produit que des effets expiratoires : tels sont Budge, Owsjanikow, Eckard, Rosenbach.

M. Fredericq admet la variabilité des effets de l'excitation, mais l'explique par la présence de fibres inspiratoires et expiratoires, et par l'inégale excitabilité des centres auxquels elles aboutissent, et pense avoir réussi, par certains artifices d'expérimentation, à en opérer la dissociation physiologique à défaut de la dissection anatomique.

Tout d'abord, il reprend l'expérience de Traube, et il voit que les mouvements de l'animal sont en lutte avec ceux de l'insufflateur : aux insufflations celui-ci répond par une expiration, et entre les insufflations il inspire. Or, si l'on coupe les pneumogastriques, il n'y a plus aucun rapport entre les insufflations et les mouvements respiratoires de l'animal, comme l'ont vu Traube, Rosenbach, Breuer. L'explication de ce fait, fournie par Breuer et Hering, c'est que l'état de distension du poumon provoque l'expiration, comme chaque retrait de cet organe provoque l'inspiration.

Les expériences de Hering et de Breuer ont été répétées par divers expérimentateurs, et M. Fredericq a répété surtout celles qui tendent à prouver la présence de filets d'expiration dans le pneumogastrique. Il distend fortement le poumon par des insufflations vigoureuses, et le maintient distendu en fermant le tube de communication. La respiration s'arrête, *en expiration active*, il y a contraction des muscles abdominaux, puis l'inspiration se produit. Cet arrêt ne se produit plus quand les pneumogastriques ont été sectionnés. Il semble donc que ces nerfs renferment des filets expirateurs venant du poumon, et entrant en activité sous l'influence des excitations produites par la distension mécanique du poumon. Pourtant la plupart des expérimentateurs ne sont pas arrivés à cette conclusion, les uns niant l'existence de ces fibres, les autres déclarant qu'à l'état normal leur activité n'est point perceptible. Fredericq reprend les expériences de ces physiologistes, et constate bien en effet que le plus souvent l'excitation du bout central des vagues sectionnés détermine de l'inspiration. Pourtant l'arrêt en expiration s'observe parfois, et chez le

chat, c'est un phénomène constant. L'excitation chimique, mécanique, etc., agit comme l'excitation électrique. Le pneumogastrique semble bien positivement renfermer des fibres expiratrices, et Fredericq a fait faire des progrès notables à la question, au moyen de divers procédés qui permettent d'opérer la dissociation physiologique des deux catégories de fibres, selon lui. Ses procédés sont au nombre de trois : refroidissement du bulbe ; intoxication chloralique ; intoxication par l'anhydride carbonique.

Si l'on refroidit le bulbe (par application directe de morceaux de glace), l'on voit la respiration se ralentir ; elle peut même s'arrêter complètement. Or, si l'on excite le pneumogastrique pendant que la respiration est simplement ralentie, l'on observe régulièrement une expiration, et si l'on tétanise le nerf, la respiration demeure arrêtée en expiration. Les fibres ou les centres d'expiration seraient, d'après Fredericq, doués d'une résistance vitale plus grande que ne le sont les fibres ou centres inspirateurs.

Si l'on chloralise un animal fortement — il faut un empoisonnement véritable — et, si l'on excite les vagues, l'on voit se produire encore un effet expiratoire. Il est vrai que Burkart a noté un effet inspiratoire, et que, pour Rosenthal, rien ne se produit, mais les doses de chloral différaient, et pour Wagner, Christiani et Langendorff, qui ont répété les expériences de Fredericq dans les conditions mêmes où celui-ci s'était placé, les faits observés sont ceux qu'annonce Fredericq. Pour ce dernier, la différence des résultats tient uniquement à une différence de dose, et il le prouve en étudiant les effets de doses progressivement plus fortes : il obtient, selon les phases de l'intoxication, tel ou tel des effets vus par Burkart et Rosenthal.

Enfin, si l'on empoisonne un animal par l'anhydride carbonique en lui faisant respirer un mélange d'O et de CO^2, sans azote, l'on obtient, lors de l'excitation des vagues, le même résultat que ci-dessus : une expiration. D'où la conclusion que les vagues renferment des fibres expiratrices, ou ce qui revient au même, aboutissant à un centre expirateur, dont elles stimulent l'activité.

A l'état normal, pour M. Fredericq, le centre expirateur reste inactif ou ne fonctionne guère ; l'expiration est un phénomène généralement passif. Il semblerait pourtant qu'il n'en est pas toujours ainsi. M. Aducco, dans un récent travail, pense avec Fick que l'expiration est un phénomène toujours actif; il va plus loin et croit que, dans certains cas, il est *seul* actif, l'inspiration devenant passive. Luciani va moins loin et croit que chez le chien, l'expiration et l'inspiration sont toutes deux actives. Aducco arrive à sa conclusion, en se basant sur différentes considérations. Il note que, dans l'expiration normale, la durée, la pression exercée, le travail exécuté sont plus grands que dans l'expiration cadavérique ; enfin il dit avoir observé des cas où les respirations débutent par une expiration, pour se terminer par une inspiration passive. L'expiration se ferait par les muscles du thorax, et les muscles antérieurs ou latéraux de l'abdomen. Nous ne pouvions pas ne pas signaler ce travail curieux, en passant, bien qu'il ne se rattache qu'indirectement à notre sujet. Revenons au pneumogastrique.

Les idées de M. Marckwald, sur le rôle du pneumogastrique, diffè-

rent fort de celles qui ont été émises par les autres physiologistes. La question que s'est posée l'auteur est de savoir dans quelle mesure les vagues sont nécessaires à la respiration, et dans quelle mesure ils peuvent être remplacés par d'autres parties du système nerveux, et il y répond au moyen des 4 catégories d'expériences que voici :

1° Voici un animal, chez qui le bulbe a été séparé des centres supérieurs par la section transversale au-dessous des tubercules acoustiques. Respiration très normale, comme chacun le sait. Alors on ligature, refroidit subitement, on coupe les deux nerfs vagues. Changement à vue : il se produit un long spasme inspiratoire du diaphragme, en quelque phase de l'acte respiratoire que l'on intervienne, et ce spasme se termine brusquement pour faire place à l'expiration, souvent passive. Les spasmes inspiratoires, longs ou courts (ils alternent volontiers) et les expirations courtes, tantôt actives, tantôt passives, alternent de la sorte pendant 2 ou 3 heures, entremêlées de pauses respiratoires, courtes d'abord, à la fin, plus longues, et la mort survient bientôt.

2° La deuxième expérience porte sur une marmotte en état d'hibernation. L'animal reste parfaitement endormi malgré les opérations; respiration lente, régulière. On fait la ligature des deux vagues, l'un après l'autre. A chaque ligature, profond mouvement expiratoire, actif, avec pause prolongée en expiration. Après, section des deux pneumogastriques, longues pauses respiratoires, suivies de respirations rapides. *Pas de spasmes inspiratoires.* On ouvre alors les deux carotides et on saigne l'animal à mort : la respiration continue, régulière, durant une demi-heure, plus prolongée seulement qu'avant la saignée.

3° Dans la troisième expérience, sur un lapin, l'on commence par sectionner les vagues. La respiration prend les caractères que l'on sait; elle devient plus lente, plus profonde, et reste régulière. Pas de spasmes du tout. L'on sectionne alors le bulbe, transversalement, au-dessus du centre de Legallois ; les phénomènes sont identiques à ceux que l'on observe dans l'expérience I, dans laquelle les opérations ont été les mêmes, mais l'ordre inverse.

4° L'on sectionne la moelle au niveau de la dernière vertèbre cervicale; la respiration reste normale ; l'on sectionne le bulbe au-dessus du centre de Legallois, rien n'est changé à la respiration, mais alors, si l'on sectionne les vagues, les symptômes particuliers de l'expérience I se manifestent aussitôt, et il se produit la respiration à spasmes inspiratoires et pauses intercalaires. Les phénomènes sont les mêmes si l'on sectionne les vagues avant le bulbe, mais dans ce cas, ils ne se produisent qu'après section du bulbe.

Ces quatre sortes d'expériences indiquent les conclusions que voici : la fonction des pneumogastriques peut, en leur absence, être exécutée par les parties supérieures du système nerveux, et pareillement, il suffit que les vagues soient intacts pour compenser la séparation d'avec ces parties par la section au-dessus du centre de Legallois. Par contre, les parties inférieures à ce centre ne peuvent, en l'absence de l'intégrité des vagues et du bulbe, au-dessus de ce centre, remplacer ces parties au point de vue respiratoire. Il y a, toutefois, une différence entre l'action des vagues et celle des parties supérieures au bulbe, c'est que seuls, les vagues sont en un état constant d'excitation et présentent un *tonus ;* à

eux seuls, ils constituent un régulateur actif de la respiration suffisant à l'état de repos absolu à convertir l'activité du centre de Legallois en mouvements respiratoires réguliers.

Telles sont les conclusions fournies par la vagotomie; voyons maintenant les résultats fournies par l'excitation des pneumogastriques, toujours selon Marckwald. Si l'on excite le bout central des vagues sectionnés, après section au-dessus du centre de Legallois, l'on peut déterminer une inspiration ou une expiration selon que l'animal se trouve en expiration ou inspiration.

Généralement, l'expiration provoquée est suivie d'une inspiration, sans nouvelle excitation. Le plus souvent, l'on ne peut déterminer une expiration durant l'inspiration qu'avec une excitation plus forte ou plus répétée. Jamais l'expiration n'est active.

La conclusion est que le vague ne renferme pas de fibres expiratoires, ni de fibres inspiratoires proprement dites. Il y a prédominance des effets inspiratoires, lors de l'excitation des vagues, évidemment, mais ce sont des effets spasmodiques. Le vague apporte incessamment au centre de Legallois des excitations qui facilitent la libération des mouvements respiratoires; il convertit des excitations continues en mouvement rythmique. Ce n'est ni un nerf régulateur (Rosenthal), ni un nerf d'inhibition (Gad). « C'est un nerf de décharge servant à empêcher la tension du centre respiratoire d'atteindre un certain niveau. »

V. — *Apnée et polypnée.*

Nous avons eu l'occasion de parler de l'apnée en abordant la question de l'influence du manque d'oxygène comme excitant respiratoire, mais il nous faut revenir sur cette question et sur le rôle des pneumogastriques dans l'apparition de ce phénomène. Rosenbach et Filehne ont signalé, en effet, la difficulté de rendre apnéique un animal dont les deux pneumogastriques étaient coupés; cette difficulté est encore plus grande, quand, suivant le procédé de Marckwald, on ajoute à la section des nerfs vagues, la séparation des centres supérieurs. Les mouvements thoraciques s'arrêtent alors complètement; mais, malgré une ventilation active, le tracé indique que les spasmes diaphragmatiques, que Marckwald signale après cette opération comme constants, persistent avec leurs caractères irréguliers; toutefois, en prolongeant la ventilation, on arrive à obtenir un arrêt, complet même, de ces spasmes. Aussi Marckwald, qui, d'une part, admet que les impulsions du centre respiratoire ne sont pas réglées quantitativement par les modifications des éléments gazeux du sang, est-il forcé, devant l'existence de cette apnée, d'accepter l'existence de certains produits secondaires, qui, modifiés par les troubles du mélange gazeux, exercent une certaine action stimulante sur le centre respiratoire.

Mais cette apnée est toujours de courte durée et l'on voit réapparaître les spasmes diaphragmatiques peu de temps après l'arrêt de la respiration artificielle et longtemps avant que le sang présente les caractères du sang asphyxique. Aussi, d'après Marckwald, on ne peut admettre l'hypothèse de la saturation du sang par l'oxygène pour expliquer l'apnée, et le rôle des nerfs vagues, grâce à leurs tonus, est certaine-

ment des plus importants dans la production de cet état spécial de l'animal apnéique, outre leur action propre sur le centre, ils agiraient encore en facilitant l'élimination des produits stimulants dont il est parlé plus haut. Mais comment? C'est ce que ne dit pas le physiologiste allemand.

Marckwald, sans être affirmatif, mais en rappelant ce que nous savons de l'action dépressive des fibres centripètes du pneumogastrique, par l'expérience si connue de Cyon et de Ludwig, ajoute qu'il faudrait peut-être faire entrer encore en ligne de compte l'action vaso-dilatatrice de ces nerfs sur les vaisseaux de la moelle allongée. Les théories de Filehne et de Murri, pour expliquer la respiration du phénomène de Cheyne-Stokes, rentrent dans cet ordre d'idées, mais sur ce point, les opinions sont encore trop hypothétiques pour nous y arrêter.

Le nert pneumogastrique n'est pas le seul, dont l'action se fait sentir sur les centres respiratoires; toutefois les autres nerfs ne paraissent entrer en jeu que dans certaines occasions, et si, par leur excitation, on peut observer quelques modifications dans le rythme respiratoire, leur suppression totale n'amène que des changements insignifiants ou nuls, il s'agit ici, bien entendu, des nerfs à directions centripètes.

Les nerfs des sens spéciaux paraissent avoir surtout un effet accélérateur, c'est ainsi que l'excitation des nerfs optiques détermine une accélération du rythme respiratoire, et sont essentiellement inspirateurs, aussi l'action de la lumière sur la respiration est-elle très affaiblie par l'ablation du cerveau. Les nerfs olfactifs, excités par des courants électriques ou des vapeurs irritantes, déterminent également une accélération de la respiration et les mouvements deviennent en même temps plus profonds, mais il faut, pour cela, n'employer que de faibles excitations, si l'excitation présente une certaine intensité, telle qu'un fort courant induit, la respiration s'arrête en expiration (Gourewitch). Il n'en serait pas de même des excitations acoustiques, les effets inspiratoires produits par ces dernières seraient beaucoup plus sensibles après l'ablation des hémisphères cérébraux et des corps striés (Christiani).

Quant au trijumeau, il paraît être surtout expirateur (Schiff, Kratschmer.)

Ainsi parmi les nerfs crâniens, les nerfs optiques et auditifs seraient inspirateurs, le trijumeau et le nerf olfactif, auraient, au contraire, des effets expirateurs. Nous ne ferons que rappeler l'action expiratrice du laryngé supérieur, bien étudié par Rosenthal et considéré par Nothnagel et Bidder comme le nerf de la toux par excellence. Le rôle joué par ce nerf et par les irritations de ces branches terminales dans la coqueluche a de nouveau été mis en lumière récemment par de Kerwilly.

Au laryngé supérieur, franchement expirateur, on avait opposé (Schiff, Knoll) le glossopharyngien, dont l'excitation déterminerait des mouvements inspirateurs. Pour Marckwald, le glossopharyngien serait avant tout un nerf d'arrêt de la respiration, l'arrêt se produisant à n'importe quel temps de la respiration : inspiration, expiration ou pause. L'action inhibitrice de ce nerf est étroitement liée à l'action réciproque des centres de déglutition et de respiration dont il établirait les connexions. Nous

reviendrons sur cette action en parlant des travaux de Steiner et de Marckwald sur ce point spécial.

Les mouvements respiratoires ne sont pas toujours réguliers et rythmiques; depuis longtemps les cliniciens ont signalé dans les formes graves de certaine maladie une respiration à type tout spécial; la respiration de Cheyne-Stokes, caractérisée par une pause respiratoire, dont la durée varie de 5 à 45 secondes, suivie d'une période dyspnéique oscillant de 15 à 75 secondes (Saloz). Cette période comprenant elle-même trois phases : fastigium, une courbe croissante d'abord, puis une courbe décroissante jusqu'à la pause.

Mais cette irrégularité qui avait surtout préoccupé les médecins et qui était considérée par eux comme un symptôme pathologique des plus graves, indiquant une atteinte profonde de l'organisme, cette irrégularité existerait sous un aspect, léger il est vrai, chez l'homme sain. Déjà, dans les œuvres posthumes de Traube, il est fait mention de la périodicité de la respiration pendant le sommeil; mais c'est surtout depuis les recherches de Mosso que la question a été étudiée.

Les travaux de Mosso ont attiré l'attention sur l'existence de variations considérables dans le rythme respiratoire chez l'individu en parfaite santé. Pendant la veille, mais dans un grand état de repos, on constate déjà sur un tracé respiratoire qu'il existe des périodes, c'est-à-dire des groupes d'inspirations qui augmentent et diminuent successivement d'amplitude. Ces oscillations peu accentuées constituent la respiration périodique que l'on peut observer chez beaucoup de personnes aussitôt que leur attention cesse d'être occupée ; mais quand le repos est complet et surtout pendant le sommeil, l'amplitude des mouvements respiratoires peut, à des intervalles réguliers, diminuer encore sans cesser complètement (respiration rémittente); enfin, quand le phénomène acquiert toute son intensité, on observe des arrêts complets, des pauses respiratoires de 20 à 30 secondes constituant la vraie respiration intermittente qui rappelle la respiration de Cheyne-Stokes. Il existe toutefois quelques différences ; chez les malades, après l'apnée, on observe ordinairement une accélération de la respiration, une véritable phase dyspnéique pendant laquelle l'organisme malade cherche à modifier son milieu intérieur, à réparer les désordres produits pendant l'arrêt respiratoire. Dans la respiration intermittente physiologique, il n'y a pas de phénomènes dyspnéiques, la phase respiratoire qui succède à l'apnée est régulière sans accélération; et même il n'existerait, d'après Mosso, aucun rapport entre la durée de la pause et l'amplitude des mouvements respiratoires. La respiration intermittente type est loin d'être rare, on la rencontre surtout chez les vieillards et les enfants. C'est l'observation de ce fait qui a conduit le physiologiste italien à sa théorie de la respiration superflue ou de luxe, et de l'indépendance de la respiration chimique et de la respiration mécanique.

Cette respiration intermittente peut s'obtenir expérimentalement chez le chien avec le chloral (Traube, Mosso), la morphine (Filehne), la digitaline et la muscarine (Langendorff), sans que les inhalations d'oxygène, ou la respiration artificielle puissent en modifier les périodes et les intermittences; nous devons ajouter que, dans les expériences entreprises par l'un de nous avec C. Richet, sur des chiens profondément chlo-

ralisés et dont les réflexes étaient totalement abolis, l'intermittence disparaissait dès qu'on mettait la trachée en communication avec une soupape de Muller, permettant de modifier la pression, même quand cette dernière était extrêmement faible, 6 centimètres d'eau à l'expiration et 4 à l'inspiration ; la respiration devenait alors parfaitement rythmique.

La respiration périodique avec toutes ses phases : rémittente, intermittente, et le phénomène de Cheyne-Stokes, qui n'est, en vérité, qu'un type pathologique d'un phénomène qui paraît maintenant bien physiologique, ont toujours soulevé de grandes difficultés d'interprétation.

Cette question se rattache étroitement à celle de l'excitant du centre respiratoire, et nous avons vu que sur ce point les divergences sont grandes, il en doit être de même pour ce cas particulier.

Pour Traube, la respiration de Cheyne-Stokes n'est pas un fait spécial, mais se rattache à un ensemble de phénomènes périodiques présidés par le système nerveux. Comme pour les périodes de l'activité des centres vaso-moteurs et des nerfs d'arrêt du cœur, le centre respiratoire, quand son excitabilité est diminuée, doit présenter par périodes une augmentation ou une diminution de son excitabilité sous l'influence de CO^2. Il existerait, en un mot, une fatigue ou plutôt un épuisement (*Erschopfbarkeit*) périodique du centre nerveux respiratoire. Le sang veineux jouerait donc dans cette théorie le rôle le plus important.

Filehne émet une théorie différente. Le phénomène de Cheyne-Stokes apparaît quand les excitants du sang (absence d'O et excès de CO^2) agissent sur le centre vaso-moteur, sans exciter cependant le centre respiratoire. Quant aux modifications de l'excitabilité de ce dernier, elles seraient dues à des troubles circulatoires. La pause respiratoire amène une contraction des artères et une anémie croissante du centre respiratoire ; cette anémie détermine une série d'inspirations profondes, le sang chargé de nouveau d'oxygène, arrive au bulbe et fait cesser la contraction des vaisseaux. Le centre respiratoire de nouveau irrigué, est *de moins en moins excité*, jusqu'au moment où la suroxygénation du sang détermine un nouvel état apnéique.

Murri se range à l'opinion de Filehne. Pour lui également les troubles dyspnéiques sont déterminés par les oscillations de la circulation intrabulbaire et le phénomène de Cheyne-Stokes implique l'idée d'une lésion du bulbe passagère ou permanente, circonscrite ou diffuse.

L'automatisme pur du bulbe dans cette question est soutenue par Lucciani et Fano avec quelques légères divergences. Pour les physiologistes italiens, la cause déterminante des phénomènes rythmiques ou périodiques réside dans les oscillations de l'activité nutritive interstitielle, auxquelles correspondent les oscillations de l'excitabilité de l'organe.

Pour expliquer la périodicité, Fano admet que, dans les conditions normales, la fonction automatique qui règle le rythme respiratoire est due aux mêmes propriétés automatiques que celles dont dérive la forme périodique dans le centre déprimé. Avec cette différence que, dans le premier cas, le centre restant excitable, les excitations externes peuvent modifier le mouvement dû à l'automatisme et le rendre rythmique, tandis que, dans le second cas, par sa dépression même, le

centre est réfractaire à toutes les impulsions extérieures et n'est sensible qu'à celles qui se produisent dans l'intimité de ses tissus. Quant à Mosso, après s'être élevé contre l'idée d'une dépendance complète entre la partie chimique et la partie mécanique de la respiration, il rejette également l'idée de Filehne faisant jouer un rôle important au centre vaso-moteur, les vaisseaux sanguins, en effet, ne prennent aucune part aux phénomènes de la respiration périodique.

Quant à la thèse de Mosso pour expliquer cette périodicité, elle est assez confuse ; après avoir allégué contre l'opinion de Filehne « que ni Filehne, ni personne n'a jamais vu si les vaisseaux sanguins de la moelle allongée se resserrent ou se dilatent ; et contre l'idée de Lucciani et de Fano : qu'ils ne peuvent rien dire de certain au sujet de la nutrition du centre nerveux, il ajoute : Je crois que la respiration périodique, la rémittente et l'intermittente sont dues à cette tendance particulière des centres nerveux qui se manifeste de la manière la plus simple par les oscillations successives. Ce n'est pas une idée nouvelle, qu'une fonction rythmique et uniforme puisse se transformer en une fonction périodique, quand le centre nerveux dont elle émane, subit une dépression. Or Mosso insiste sur l'étroite relation qui existe entre la tonicité des muscles respiratoires et celle du centre lui-même. En général, on peut dire que, lorsque la tonicité des muscles qui servent à la respiration diminue, il y a une tendance du centre respiratoire à diminuer la force des mouvements respiratoires et souvent il en résulte une vraie pause de la respiration. Quant au phénomène pathologique de Cheyne-Stokes, pour Mosso, il dépend d'un assoupissement plus ou moins grave des centres nerveux et correspond à un état analogue au sommeil, le centre respiratoire *oubliant* sa fonction.

Mais la théorie de l'excitabilité oscillante des centres nerveux trouve dans Marckwald un adversaire convaincu ; pour lui, l'excitabilité du centre n'est pas en jeu, il en est de même du sang, et ces oscillations se rattachent à deux sources : l'une cérébrale, l'autre nerveuse dépendant du pneumogastrique. Les raisons qui le conduisent à faire jouer au cerveau un rôle important dans la production de la respiration intermittente sont de deux ordres : les unes expérimentales, les autres cliniques. La compression du cerveau chez le lapin détermine l'apparition de la respiration périodique légèrement différente du type clinique il est vrai, en ce sens que la courbe ascendante manque généralement, cas qui peut se présenter d'ailleurs au lit du malade. Les recherches de Langendorff et Siebert indiquent également l'apparition de la respiration périodique, quand on détermine l'ischiéma cérébrale.

Enfin, les observations cliniques (Fano, Marckwald) nous montrent des malades présentant le phénomène de Cheyne-Stokes et pouvant, par un effort de la volonté, modifier ce type, déterminer des inspirations pendant les pauses, maintenir même pendant quelque temps une respiration régulière, bien rythmique, ce qui indiquerait que l'excitabilité du centre lui-même n'est pas atteinte.

C'est donc en dehors de ce centre qu'il faut chercher une altération, soit que les stimulants ne parviennent plus au bulbe ou qu'ils y arrivent très affaiblis et incapables de l'exciter. Expérimentalement, Marckwald reproduisit les courbes caractéristiques de Cheyne-Stokes, en excitant,

après section susbulbaire, le bout central du pneumogastrique par des courants induits graduellement croissants et décroissants.

L'appareil respiratoire n'a pas seulement pour fonction d'assurer l'hématose, il joue encore un grand rôle dans la régulation de la température. C'est Ackermann qui, un des premiers, a mis en évidence sous le nom de dyspnée thermique (Warmedyspnea), l'accélération du rythme respiratoire qui se produit quand la température du corps s'élève. Goldstein montre que cette dyspnée a son point de départ dans l'irritation produite sur le centre respiratoire. Il existe toutefois de grandes différences entre la dyspnée produite par des troubles respiratoires proprement dits (modification de l'excitant quel qu'il soit) et la respiration accélérée des animaux à température élevée. La tonicité du diaphragme n'est pas augmentée, la respiration thoracique n'est pas modifiée et les muscles accessoires n'entrent pas en action. Aussi préférons-nous au mot Dyspnée le nom de Polypnée thermique que lui donne Ch. Richet. L'échauffement du sang suffit pour déterminer une accélération, c'est ce qui résulte de l'expérience de Mertschinsky, qui a pu constater l'accélération respiratoire en élevant la température du sang des carotides au moyen de tubes d'eau chaude entourant ces vaisseaux.

Richet, après avoir décrit la polypnée thermique telle qu'on l'observe chez le chien, montre qu'elle peut avoir une double origine. Elle peut être réflexe ou centrale. En effet, quand on expose un animal à une source de chaleur assez intense (exposition au soleil, bain chaud, etc.), on voit la respiration s'accélérer rapidement et prendre la forme polypnéique. Par suite la température interne ne peut s'élever et cette accélération ne peut être attribuée qu'aux excitations périphériques; c'est donc qu'elle est due à un phénomène réflexe; mais, si l'on supprime par le chloral toute l'activité réflexe de la moelle, la température monte rapidement, l'animal ne faisant aucun effort pour se refroidir ; toutefois, vers 41°50, la polypnée éclate brusquement; c'est le sang échauffé qui agit alors sur le bulbe.

Richet, après avoir établi que le refroidissement de l'animal se fait par exhalation de vapeur d'eau, établit les points suivants :

La polypnée ne peut avoir lieu que si la pression à l'expiration et à l'inspiration est nulle. Ce fait est conforme à cette loi de Marey qui règle le rythme respiratoire : plus la pression à vaincre par l'effort d'inspiration est forte, plus le rythme respiratoire est ralenti, loi confirmée par Bert, Langendorff, etc. Ce fait est rendu très sensible par la polypnée. Il suffit de museler un chien en état de polypnée pour voir cette dernière cesser immédiatement et, par suite, si les causes qui ont amené l'élévation thermique continuent, la température monter rapidement.

Cette influence de la pression sur la polypnée explique pourquoi les chiens échauffés tirent la langue, ils diminuent ainsi la pression à vaincre, en laissant largement ouvert l'orifice glottique.

La polypnée ne peut avoir lieu que si le chien est en état d'apnée ; c'est là une question fort intéressante, surtout au point de vue qui nous occupe spécialement, celui des centres respiratoires. Nous avons vu, en effet, que ces centres, pour entrer en fonction, ont besoin d'un excitant

chimique, que lorsque cet excitant vient à manquer, l'animal ne réagit plus, les mouvements respiratoires cessent; l'animal est en état d'apnée : or, c'est précisément cet état qui est nécessaire pour que les mêmes centres agissant sur les mêmes appareils (muscles respiratoires) entrent en jeu pour exercer une fonction différente, presque indépendante : la régulation thermique.

Chez l'animal polypnéique, le sang est nécessairement saturé d'oxygène; mais, si on vient à fermer la trachée, on voit la polypnée persister pendant quelques instants, jusqu'au moment où une partie de l'oxygène étant absorbée, le chien cesse d'être apnéique et la respiration se ralentit alors. De même chez les chiens électrisés, quoique la température s'élève rapidement, les combustions interstitielles sont telles que, malgré une ventilation exagérée, le bulbe ne saurait être en état d'apnée, et la polypnée ne peut franchement s'établir tant que durent les contractions musculaires déterminées par l'électrisation.

Enfin nous trouvons encore sur ce sujet cette question si controversée : L'arrêt de la polypnée par l'aphyxie est-il dû au manque d'oxygène ou à l'excès de l'acide carbonique ?

Or, en faisant respirer un mélange à parties égales d'O et de CO^2, Ch. Richet a toujours vu la polypnée diminuer, que les vagues soient intacts ou sectionnés. L'action hypothétique de CO^2 sur les terminaisons du nerf pneumogastrique est donc absolument nulle dans ce cas. On peut même dire que la section de ces nerfs, au lieu de diminuer l'influence que l'acide carbonique exerce sur l'arrêt de la polypnée, l'augmente. Le ralentissement du rythme respiratoire, observé chez un animal polypnéique, soumis à des inhalations de CO^2, est en effet bien plus accentué quand les nerfs vagues sont coupés que lorsqu'ils sont intacts Il en est encore de même chez un animal chloralisé, la faible polypnée que l'on peut faire naître dans ces conditions est arrêtée par l'acide carbonique. Il s'agit donc bien d'une action centrale, nettement bulbaire. L'excès de CO^2 arrêtant la polypnée, mais l'influence de la diminution d'O reste encore à étudier.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1888.

A

Abcès. — Microbisme et abcès, classification de ces derniers, par VERNEUIL. (*Acad. des sc.*, 3 sept.). — Étiologie des suppurations aiguës, par KRYLOW. (*Inaug. Diss. St-Pétersbourg.*) — De la suppuration produite par des agents chimiques, par ROSENBACH, MIKULICZ, HIRSCHBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 389, 7 mai.) — Abcès sous-maxillaire, présence dans le pus du microcoque tètragène, par ROSWELL PARK. (*Med. News*, 6 oct.) — Traitement des abcès pelviens, par SUTTON (*Americ. gyn. Soc.*, 18 sept.) — Étude des abcès pelviens, par CUSHING. (*Assoc. of obstet.*, Washington, 18 sept.) — Résultat du traitement antiseptique des abcès liés aux maladies de la hanche, par B. SAYRE. (*New York med. journ.*, 16 juin.) — Abcès froids périosseux, par HARLET. (*Thèse de Lille*, 28 juin.) — Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme et de glycérine, par COEN. (*Bull. sc. mad. Bologne*, nos 3 et 4.)

Abdomen. — Étude expérimentale sur l'ascite, par NOTKIN (*Wiener klin. Woch.*, 22 nov.) — Ascite simulant un kyste ovarique, par GULLIVER. (*Med. Soc. of London*, 12 nov.) — Du traitement de l'ascite par la faradisation des parois abdominales, par MURET. (*Rev. de méd.*, sept.) — De la ponction dans l'ascite, par RICHARDSON. (*Asclepiad*, août.) — Valeur thérapeutique des fistules péritonéo-cutanées et du drainage permanent dans l'ascite chronique, par H. TRUC. (*Montpellier médic.*, p. 515, déc. 1887.) — Traitement de la tympanite excessive par les ponctions abdominales, par OGLE. (In-8°, *Londres.*) — Dangers de la ponction de l'intestin, dans le traitement de la tympanite, par CURTIS. (*New York medic. journ.*, p. 628, 9 juin.) — Traitement de l'anasarque et de certaines ascites par l'évacuation des sérosités, au moyen d'ouvertures faites à la peau, par un procédé particulier, par FARGEAUD. (*Journ. soc. méd. Haute-Vienne*, sept.) — De quelques phénomènes observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen, par BENÉJAC (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Plaie de l'abdomen par coups de couteau, hernie de l'intestin grêle, du péritoine, plaies de l'intestin grêle, du cordon spermatique; suture des plaies de l'intestin, guérison, par SVIHAJANINOFF. (*Vratch*, n° 23.) — Plaies par armes à feu de l'abdomen, 4 cas, par MURPHY. (*Journ. of Americ. assoc.*, 10 mars.) — Deux cas de laparotomie pour plaies pénétrantes, par armes à feu, de l'abdomen, une guérison, une mort, par BARKER. (*Brit. med. journ.*, p. 571, mars.) — Laparotomie et suture intestinale pour une plaie, par arme à feu, de l'abdomen, mort de péricardite aiguë, par ROSWELL PARK. (*Med. News*, 4 août.) — De la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, par armes à feu, par KIRMISSON. (*Bull. med.*, 15 juillet.) — Des déchirures à

l'intérieur des viscères à la suite de chutes ou de fulguration, par STRASSMANN. (*Viertelj. f. ger. med.*, XLVIII, p. 377, avril.) — Rupture de la rate, du foie et du rein, suite de chute, par POWERS. (*New York medic. Rec.*, p. 49, janv.) — Deux cas de phlegmon de la cavité de Retzius, par KOCH. (*Münch. med. Woch*, n° 44, 1887.) — Tumeur kystique de la paroi abdominale, par FLEMING. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 13 fév.) — Kystes abdominaux développés à la suite de traumatismes, par GODLEE. (*Lancet*, p. 1034, I, 1887.) — Urée et néoplasmes abdominaux, par TÉDENAT. (*Soc. méd. prat. Montpellier*, juin.)

Accouchement. — Statistique de mortalité de la maternité de Berne, par HELENE GOLDBERG. (*Thèse Berne*, 1887.) — De l'antisepise en obstétrique dans ses applications à la campagne, par ROUSSEAU. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Du pansement antiseptique des accouchées, sans injections, par RAULIN. (*Union médicale*, 27 septembre.) — Un chapitre d'antisepsie obstétricale, toilette génitale de la femme, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, oct.) — La pratique obstétricale dans les campagnes. Observations de 10 ans, par ERNST ZURCHER. (*Thèse de Zurich*, 1887). — L'obstétrique à la campagne, par PIPERNO. (*Annali di ostetric.*, septembre). — Les accouchements précipités dans la ville de Bâle et dans la banlieue, par ERICH VON DER GOLTZ. (*Thèse Bâle* 1887.) — Durée héréditaire du travail, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Observation pour servir à l'étude critique des foyers d'auscultation en obstétrique, par TRACHET. (*Arch. de tocol.*, août.) — De l'influence du rétrécissement mitral sur le travail et les suites de l'accouchement, par J.-W. BALLANTYNE. (*Edinburgh med. Journ.*, mars.) — De la constance des présentations dans les accouchements répétés, par HANS SCHAEUBLIN. (*Thèse inaugurale Leipzig.*) — De l'évolution spontanée, par BUDIN. (*Progrès médical*, 22 septembre.) — Présentation de l'épaule et autres présentations transversales, par MAXSON. (*New York med. journ.*, p. 573, 26 mai.) — De la présentation primitive de la face, par OLIVIER. (*Journal de méd.*, *Paris*, 25 septembre.) — Des occipito-postérieures irréductibles, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes par LEFOUR. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Présentation de l'épaule gauche en acromio-iliaque droite, rupture prématurée des membranes, rétraction utérine ; embryotomie, hémorragie grave par inertie utérine consécutive, arrêtée par des injections très chaudes de liquide antiseptique, guérison par GALLIARD. (*Arch. de tocol.*, août.) — De la version avant le travail dans les mauvaises positions du fœtus, par ED. AYERS. (*New York med. record.*, p. 581, mai). — Transformation (provoquée) dans la cavité pelvienne d'une présentation du front en présentation de la face et extraction par le forceps par RAPIN. (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, 301, mai.) — Sur un cas de torticolis congénital causé par une rétraction fibreuse du muscle trapèze et des ligaments postérieurs de la colonne vertébrale, présentation du front, expulsion spontanée. Enfant mort, par AUVARD et LEFEBVRE. (*Arch. de tocol.*, août.) — Traitement du troisième stade du travail, par SMITH. (*Glasgow med. journ.*, juin.) — Thrombus vulvo-vaginal volumineux, gangrène, septicémie, intoxication par l'acide phénique, guérison, par COULHON. (*Gaz. des hôp.*, 25 octobre.) — Un cas de thrombus de la vulve, d'origine traumatique, au 7e mois de la grossesse. Gangrène des lèvres gauches. Accouchement prématuré. Incision, par E. PERREGAUX (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 10, p. 323, 15 mai.) — Un cas d'hématome vaginal, trois jours après une application de forceps, par LE MÊME. (*Idem*, p. 325.) — Mécanisme de la délivrance, critique de la théorie du décollement du placenta, par AUVARD (*Arch. de tocol.*, nov.) — Conduite

du médecin pendant la délivrance, par FEHLING. (*Corr.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 248, 15 avril.) — Méthode expectante ou au contraire méthode de Credé dans la délivrance, par AHLFELD. (*Leipsig.*) — Œdème prononcé des lèvres du col pendant l'accouchement, par BEAVER. (*Med. News*, 6 oct.) — Accouchement à terme d'un fœtus macéré de 4 mois. Guérison sans incidents, par RAPIN. (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, 356, juin.) — Du dégagement artificiel des épaules au détroit périnéo-vulvaire, par LEFOUR. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 12 août.) — Dystocie par lésions du col utérin (hypertrophie fibro-glandulaire), par G. CALDERINI. (*Ateneo medico Parmense*, II, p. 102, avril.) — De l'application du forceps sur la tête arrêtée au niveau du plancher périnéal, par BUDIN. (*Semaine méd.*, 17 oct.) De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, par VARNIER. (*Gaz. heb. de méd.*, 23 nov.) — Aplatissement du bassin nécessitant une application du forceps chez une femme ayant eu antérieurement quatre accouchements naturels, par BOURGUET. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 29, 1887.) — Paralysie après l'accouchement, par STRAIN. (*Glasgow med. Journ.*, juin.) — Rupture de l'utérus pendant le travail, par GREEN. (*Americ. gyn. soc.*, 19 sept.) — Nouveau ballon pour provoquer l'accouchement prématuré, par LEFEBVRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 23 juin.) — De l'emploi des injections sous-cutanées d'antipyrine et de cocaïne dans les accouchements, par FAUCHON. (*Bull. de thérap.*, 30 sept.) — De l'antipyrine en obstétrique, par AUVARD et LEFEBVRE. (*Arch. de tocol.*, nov.)

Acné. — Gutta rosacea, acné rosacée, par GROSS. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 juin.)

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose humaine, par BULHOES et MAGALHAN. (*Brazil med.*, II, n° 2.) — Sur quelques cas d'actinomycose, par BERTHES (*Wiener med. Wochenschrift.*) — Étude de l'actinomycose chez l'homme, par GLASER (*Inaug. diss. Halle.*) — Histologie clinique et bactériologie de l'actinomycose, par AFANASSIEW. — (*St-Pétersburg medic. Woch.*, n° 9.) — L'actinomycose chez l'homme, par DUPRAT. (*Bull. méd.*, 17 oct.) —

Addison (Mal. d'.) — A propos d'un cas de maladie d'Addison, par MUSMECI. (*Riv. clin. Bologna*, nov. 1887.) — Maladie d'Addison, capsule surrénale caséeuse non tuberculeuse, par JOSSERAND. (*Province méd.*, 22 sept.)

Aérothérapie. — De l'emploi des cabines pneumatiques dans les affections cardiaques, par VON LIEBIG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 370, 30 avril.)

Ainhum. — Un cas d'ainhum, par GESCHWIND. (*Arch. de méd. milit.*, nov.) — Ainhum, observations et remarques, par DAY. (*Med. News*, 29 sept.)

Albumine. — Valeur diagnostique de la sérine et de la paraglobuline dans les liquides organiques pathologiques, par PATERNO. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — Manière dont se comportent les solutions acides de sublimé en présence des liquides albumineux, par AGRESTINI. (*Raccoglitore med.*, n° 10.) — Les procédés actuels de recherche et de dosage de l'albumine, par CHÉRON. (*Union médicale*, 21 juin.)

Albuminurie. — La question de l'albuminurie au point de vue des assurances sur la vie, par TYSON. (*Med. News*, 17 nov.) — De l'albuminurie résultant de l'empoisonnement par les émanations d'égouts, par G. JOHNSON. (*Brit. med. journ.*, p. 71, juillet.) — Les conditions pathologiques de l'albuminurie, par SEMMOLA. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 409.) — Note sur l'albuminurie de la grossesse, par BARKEL. (*New York med. Record*, p. 155, fév.)

Alcoolisme. — L'alcool et l'alcoolisme, par Daviller. (*Ann. soc. d'émulat. des Vosges*, 1888.) — L'alcoolisme et l'ivrognerie, par Norman Kerr. (*Brit. med. journ.*, p. 13, 20 juin.) — L'alcool et sa toxicité, par Laborde. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 oct.) — Dégustation des vins et alcoolisme professionnel, par Marandon de Montyel. (*Ann. d'hyg.*, XIX, p. 393.) — De l'alcoolisme et de son influence sur la gynécologie et les accouchements, par Matthews Duncan. (*Edinburgh med. journ.*, avril.) — De l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la tuberculose pulmonaire et de la cirrhose atrophique, par Alison. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — De la paralysie alcoolique, par Vaughan. (*Bradford med. chir. Soc.*; *Brit. med. journ.*, 25 août.) — De l'ataxie des alcooliques, par J. Clarke. (*New York med. record.*, p. 299, mars.)

Aliénation. — Guide concis de psychiatrie, par J.-L.-A. Koch. (*Ravensburg.*) — Recherches sur 453 cerveaux d'aliénés, traités et dosés par la méthode de Meynert, par Jensen. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — Des signes de dégénérescence physique chez les aliénés, par Otto Laubi. (*Thèse Bâle,* 1887.) — Troubles du langage chez les aliénés, par L. Lloyd. (*Lancet*, 7 juillet.) — De quelques perversions de l'instinct de nutrition, spécialement chez les aliénés, par Belmondo. (*Riv. di frenatria*, XIV, 1-2.) — Le délire chronique, par Magnan. (*Trib. médicale*, 20 mai.) — La discussion sur le délire chronique, devant la Société médico-psychologique. Revue critique, par Rouillard. (*Encéphale*, n° 5.) — Deux cas de démence partielle, par Blake. (*Lancet*, 28 avril.) — Folie de l'adolescence. Instabilité mentale. Idées vagues de persécution, par Bourneville et Sollier. (*Progrès médical*, 28 avril.) — Un détenu simulant la folie pendant trois ans, par Laurent (*Ann. méd. psych.*, sept.) — Un cas de vol à l'étalage, chez l'homme, par Motet (*Encéphale*, n° 2.) — La guérison de la folie chronique par Gucci. (*Sperimentale*, avril.)

Aliment. — Sur la présence de germes dans les conserves alimentaires, par A. Fernbach. Réplique de Poincaré. (*Revue d'hyg.*, X, 625 et 627, juillet.)

Allaitement. — L'allaitement artificiel des nourrissons avec le lait de vache stérilisé par le procédé Soxhlet, par F. A. Schmidt. (*Neuwied*, 1888.) — Innocuité de l'allaitement artificiel avec le lait stérilisé, par G. Giarré. (*La Riforma medica*, 1er et 3 sept.) — Difficultés de l'allaitement ; des téterelles par Budin. (*Progrès médical*, 8 septembre.)

Amnios. — Étude expérimentale sur les voies qu'empruntent les substances contenues dans le liquide amniotique, pour retourner dans la circulation maternelle, par Torngren. (*Arch. de tocol.*, août.) — Rôle nourricier du liquide amniotique, par Ahlfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct. 1887.) — Hydramnios simulant un kyste de l'ovaire ; incision exploratrice. Guérison, par Reeves. (*British med. journ.*, p. 125, juillet.) — De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios, par Lepage. (*Ann. de gynéc.*, oct.) — Cas d'hydramnios et de monstruosité, par Leygate. (*Lancet*, 15 juillet.)

Amputation. — Des amputations multiples, trois cas de double amputation, par Dandolo. (*Gaz. d. ospit.*, n° 67.) — Triple amputation pour blessures de chemin de fer, par Ashhurst. (*Journ. of Americ. assoc.*, 14 avril.) — Observation d'amputations de cuisse, par la méthode de Gritti, par Wenzel. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 janv.) — Amputation spontanée congénitale, par Turgard. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Résultats des grandes amputations pansées antiseptiquement à l'infirmerie royale de Newcastle sur Tyne, par Frederic Page. (*Lancet*, 14 juillet.)

Amygdale. — Le rôle des diverses amygdales, par W. Hill. (*Brit. med. As. Brit. med. journ.*, 15 sept.) — *Idem*, par Spicer. (*Ibid.*) — Les amygdales (de l'isthme, de la langue, du pharynx, discrètes), leurs fonctions, leurs rapports avec les maladies de la gorge et du nez, par Scanes Spicer. (*Lancet*, 27 octobre.) — De l'hypertrophie de l'appareil amygdalien, par Le Gendre. (*Union médicale*, 2 octobre.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture, par Valet. (*Gaz. des hôp.*, 17 nov.) — Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture, par Dodart. (*Thèse de Bordeaux*, n° 97.) — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermo-cautérisation, par Gache. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Abcès en dehors de l'amygdale, chez un enfant, causant de la dysphagie et de la dyspnée, guéri par une incision au cou, par W. Pasteur. (*Lancet*, 14 juillet.) — Notes sur l'amygdalite et l'amygdalotomie (rapports du rhumatisme et de l'amygdale; amygdalite goutteuse; hémorragies, trois cas, après l'amygdalotomie), par C. Lewis. (*Brit. med. assoc.; Brit. med. jour.* 15 sept.) — De l'origine de la périamygdalite, recherches sur la périchondrite laryngée, par Ziem. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXII, n° 9.) — Morceau d'ongle implanté dans l'amygdale, par Tuthill. (*New York med. Rec.*, p. 125, août.) — Sarcome primitif de l'amygdale, par Mac Coy. (*Americ. laryng. assoc.*, 18 sept.) — Cancer primitif de l'amygdale extirpé par incision externe, par Fowler. (*Brooklyn med. journ*, n° 9.)

Anatomie. — Manuel d'anatomie humaine, par Krause, traduit sur la 3e édition, par Dollo. (*Fasc.* 1. *Ostéologie, arthrologie.*) (In-8°, *Bruxelles.*) — Manuel de dissection, par Braune et His, traduit par Fœttinger. (In-8°, 52 p., *Bruxelles*, 1887.) — Manuel d'autopsie ou méthode de pratiquer les examens cadavériques au point de vue clinique et médico-légal, par Harris, traduit par Surmont. (In-8°, *Bruxelles.*) — Atlas portatif, d'anatomie humaine, par C. E. Bock, 7e édition refondue avec texte, par Arnold Brass. (*Leipzig.*) — Des musées médicaux, par John Billings. (*Med. News.* 22 sep.) — La dissection des vertébrés supérieurs à exiger dans les études médicales, par Luce. (*New York med. journ.*, p. 261, 9 juin.)

Anémie. — Des effets de l'anémie sur la fibre nerveuse, par Stefani et Cavazzani. (*Riv. Veneta di sc. med.*, mai.) — Des pseudo-anémiques, par G. Sée. (*Union médicale*, 5 mai et 9 juin.) — Des anémies vraies, par Sée. (*Union médicale*, 31 juillet.) — Anémie pernicieuse, par Roosevalt. (*New York med. Record.*, avril, p. 407.) — Quatre cas d'anémie pernicieuse, par Worcester. (*New York med. journ.*, p. 491, 5 mai.) — Sur l'étiologie de l'anémie progressive pernicieuse, par E. Trechsel. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 329, juin.)

Anesthésie. — Emploi du méthylène comme anesthésique, par William Day. (*Brit. med. journ.*, p. 72, juillet.) — Propriétés antiseptiques du chloroforme, par Heidenhain, Bardeleben. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 513, 18 juin.) — Nouveau procédé d'application du chlorure de méthyle, par Bardet. (*Soc. de thérap.*, 14 nov.) — L'anesthésie chloroformique chez les enfants, par Giovanni. (*Sperimentale*, avril.) — Le chloroforme en obstétrique, par Budin. (*Bull. méd.*, 9 sept.) — De l'anesthésie locale par la cocaïne, par Baracz. (*Medycyna*, n° 18.) — Anesthésie locale, par J.-V. Laborde. (*Soc. Biologie*, 28 avril.) — Un cas d'éthéromanie, par Ritti. (*Annales méd. psych.*, janv.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'aorte perforant l'artère pulmonaire, par Anderson. (*Glasgow med. journ.*, oct.) — Anévrisme de la première portion de l'aorte, par Lindsay Steven. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 14 mai.) —

Présentation de divers cas d'anévrisme de l'aorte. (*New York path. Soc.*; *Med. Record.*, p. 75, juillet.) — Deux cas d'anévrisme, l'un de la crosse aortique et l'autre du tronc brachiocéphalique, avec particularités du pouls, par LITTEN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 408, 14 mai.) — Anévrisme intra-thoracique, traité par la méthode de Moore, phlegmon, hémorragie, mort, par FOLET (*Bull. médic. du Nord*, sept.) — Anévrisme de l'aorte ouvert dans le péricarde, par HABERSTON. (*Pathol. Soc. of London*, 6 nov.) — Anévrismes multiples de l'aorte, par JACCOUD. (*Bull. méd.*, 18 nov.) — Observation d'anévrisme de l'aorte thoracique, dans laquelle la tumeur fit saillie, pendant sept ou huit ans, à travers le thorax, sans que le patient renonçât pour cela à la direction d'une grande manufacture, par BROMWELL. (*Edinburgh med. journ.*, avril.) — Anévrisme et iodure de potassium en 1857, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 29 sept.) — Anévrisme et sphygmographe, par SEGAY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 août.) — Anévrismes multiples, par DUNLOP. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 14 mai.) — Anévrisme traumatique de l'artère vertébrale, suite de coup de feu, par SIMES. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 juin.) — Anévrisme artério-veineux de l'orbite, guéri par la ligature de la carotide primitive, par BULLER. (*Montreal med. chir. Soc.*, 22 juin.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique, par GIVRE. (*Lyon méd.*, p. 132, 23 sept.) — Anévrisme traumatique de la carotide primitive droite, recherches sur la méthode d'Antyllus, par MATLAKOWSKI. (*Gaz. lekarska*, n° 5.)— Plaie pénétrante du cou, par instrument tranchant. Anévrisme artério-veineux de la carotide et de la jugulaire interne, par JOSSE. (*Union médicale*, 7 avril.)— Anévrisme traumatique de la joue chez un enfant de onze mois, par BOSC. (*Indian med. Gaz.*, juillet.) — Anévrisme de l'artère axillaire, électrolyse, ligature de la sous-clavière, guérison, par HANKINS. (*Brit. med. jour.*, p. 1222, juin.)— Anévrisme de l'artère brachiale gauche, insuccès de la compression directe et indirecte, ligature au-dessus de la tumeur, retour des battements le 10e jour, ligature au-dessous, insuccès; ouverture et excision partielle du sac, guérison, par MATAS. (*Med. News*, 27 oct.) — Anévrisme de l'artère radiale guérie par la compression digitale, par ALESSI. (*Riv. Veneta di sc. med.*, juillet.) — Un cas de varice anévrismale du membre supérieur, par LICEAGA. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 11 oct.) — Anévrisme de l'artère fémorale produit par un projectile reçu 10 ans auparavant, par HOCHENEGG. (*Wiener klin. Woch.*, 22 nov.) — Anévrisme de l'artère crurale consécutif à une endocardite végétante latente. Aphasie et hémiplégie droite, par BUCQUOY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 avril.) — Varice anévrismale dans un moignon, par H. ROBINSON. (*Lancet*, 14 juillet.)

Angine.— De l'origine infectieuse des angines aiguës primitives catarrhales, par TSCHAIKOWSKI. (*Med. Osbosren.*, n° 11.) — Deux épidémies d'angine, leurs rapports avec la distribution du lait, par COTTERIL. (*Edinb. med. jour.*, p. 287, sept.)— Traitement de l'angine de Ludwig par les injections parenchymateuses d'acide phénique, par SKIBNEWSKI. (*Med. Obosrenie*, n° 4.) — — Accès d'angine de poitrine déterminés par une aortite subaiguë, avec oblitération presque complète de l'orifice d'une coronaire, par TROISIER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juillet.) — Angine de poitrine avec autopsie. Conséquences pratiques de l'hypertension artérielle, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juillet.)

Angiome. — Angiome caverneux congénital énorme du tronc, par ADOLF BANDLER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 453, 28 mai.)

Anomalie.— Anomalies particulières des clavicules, par WALSHAM. (*Med. Soc. of London*, 29 oct.) — Un cas de transposition complète et régulière des

viscères, diagnostiqué pendant la vie et vérifié à l'autopsie, par GOTTFR. WIDNER. (*Thèse Bâle*, 1887.)

Anthrax. — De l'acide phénique contre l'anthrax, injections, par MISHOLT. (*Med. Pribarl. morsk sbornik.*, fév.)— Traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées, par H. BLANC. (*Lancet*, 9 juin.)

Antisepsie.— L'antisepsie générale en médecine, par CIRELLI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 33.) — La plus importante antisepsie, par BARKAN. (*New York med. journ.*, p. 516, 12 mai.) — Sur le salicylate neutre de zinc comme antiseptique, par CAPPELLE. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 17 août.)

Anus. — Des valvules semi-lunaires de l'anus, des petites cavités de la même région dans l'état de santé ou de maladie, d'après les descriptions du docteur Physik, par W. BODENHAMER. (*New York med. Record.*, p. 569, mai.) — Sur les premiers développements du tubercule génital et sur le mode de formation de l'anus chez l'embryon de mouton, par F. TOURNEUX. (*Soc. Biologie*, 21 juillet.)— Sur la fistule à l'anus tuberculeuse, par KARL SCHUCHARDT. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 296.) — De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin, par DURAS. (*Thèse de Paris*, 15 nov.) — Trois cas de colotomie inguinale, par COOPER. (*Brit. med. journ.*, 17 nov.) — De certaines difficultés d'application de l'entérotome ordinaire. Modification instrumentale, par VERNEUIL. (*Bull. de la soc. de chir.*, XIV, 62-64.) — Sept cas de colotomie lombaire, par PEPPER. (*Lancet*, 21 avril.)— Opération d'Amussat naturelle, ou ouverture congénitale du côlon dans la région lombaire gauche, par GUPTA. (*Lancet*, 21 avril.) — De la guérison de l'anus contre nature, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôpit.*, 9 août.)

Aorte. — Un cas d'absence congénitale d'une valvule sigmoïde de l'aorte, par ALAMARTINE. (*Loire méd.*, 15 août.) — Aortite chronique, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 25 oct.) — Aortite aiguë guérie par l'iodure de potassium. Développement, sous l'influence du traitement, d'un goitre exophthalmique, par RENDU. (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 mai) — Note sur la pulsation aortique chez l'homme, par J. HÉRICOURT et H. DE VARIGNY. (*Soc. Biologie*, 21 avril.) — Aortite et tuberculose, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, 27 sept.) — Adhérence de l'aorte et sclérose du myocarde, par B. PERNICE. (*Archivio per le scienze mediche*, XI, n° 1.) — Rupture d'une valvule aortique, par S. DAVIS, (*Jour. of Amer. assoc.*, 12 mai, p. 597.)

Appareil. — Étude comparée du sphygmographe de Marey et du sphygmographe de Dudgeon, par LAINE. (*Thèse de Nancy.*) — Nouvelle étuve autorégulatrice entièrement métallique, par D'ARSONVAL. (*Soc. Biol.*, 9 juin.) — Caisse pour conserver les aiguilles chirurgicales à l'abri de la rouille et des infections, par STENZEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 615, 23 juillet.) — Le « fumifier » (appareil à fumigations sèches.) Sa construction et ses usages, par ROBERT LEE. (*Lancet*, 19 mai.)— Trocart pour l'opération de l'empyème, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.* ,p. 54, 9 sept.) — Avantages des appareils au plâtre de Paris, comme contention du rachis, par LEWIS A. SAYRE. (*N. York med. jour.*, 16 juin.)— Appareil corset; nouvel appareil à fractures contentif inamovible, G. OVREMBA. (*Bull. de la soc. des médecins et naturalistes de Jassy*, octobre 1887.) — Appareil pour la fracture du maxillaire inférieur, par COUSINS. (*Brit. med. journ.*, 6 oct.)— Quelques remarques sur les membres artificiels, d'après l'expérience acquise sur lui-même, par GOLLMER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 440, 28 mai.) — Études sur les jambes artificielles, par CHARLES W. CATHCART. (*Edinburgh med. journ.*, mars.) — Perfectionnement des seringues pour injections sous-cutanées, par OVERLACH (pis-

ton en ivoire et amiante). (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 515, 18 juin.)— Même sujet, par Max Schüller. (*Idem.*, n° 26, p. 535, 25 juin.)— Nouvelle sonde à irrigation de l'urètre, par Schutze. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 16.) — Le cystoscope de Nitze et Leiter, par W. Meyer. (*New York med. journ.*, p. 426, 21 avril.) — Pessaire pour le prolapsus de la vessie, par Pearse. (*Brit. med. journ.*, 15 sept.) — Appareils pour injections vaginales, par Fochier. (*Lyon méd.*, p. 603, 26 août.) — Sur l'action mécanique des pessaires, par A. Cuzzi. (*Il Morgagni*, octobre.) — Dilatateur pour irrigation intra-utérine, par Aug. Reverdin. (*Rev. méd. Suisse rom.*, VIII, 287, mai.) — Nouvelle table d'opérations en usage à la clinique des docteurs Reverdin, par Auguste Reverdin. (*Rev. de chirurg.*, n° 7, p. 592.) — Modèle de table d'opérations, par Nicolas. (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, 342, juin.)

Artère. — Structure des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire; vascularité de la tunique moyenne des gros vaisseaux, par F. Curtis. (*Soc. Biologie*, 7 juillet.) — De l'hypertension artérielle, par J. P. Bramwell. (*Edinburgh med. journ.*, mars.) — Plaie de la carotide gauche, par balle de revolver. Hémorragie dans la plèvre. Section du pneumogastrique gauche. Plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation du foie et de l'estomac, par Adrien Pozzi. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 303.) — Plaie par arme à feu de la carotide externe, par Fabiani. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — Plaie de l'artère axillaire; contusion du pexus brachial. Ligature des deux bouts de l'axillaire blessée. Guérison, par Ch. Nélaton. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 383-395.) — Hémorragie due à l'érosion de la carotide interne gauche, dans un cas d'affection maligne du temporal et de nécrose de l'oreille moyenne. Ligature de la carotide primitive; nécropsie, par Hewetson. (*Lancet*, 26 mai.) — Plaie de la main avec lésion de l'arcade palmaire, guérie par la suture à étages et la compression, par Negretto. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 55.) — Fracture du fémur avec rupture de l'artère fémorale, par Madd. (*Journ. of Americ. med. ass.*, 31 mars.) — Sur la ligature des artères tibiale postérieure et péronière, par Willems. (*Ann. Soc. méd. de Gand.*)

Articulation. — L'articulation médiotarsienne au point de vue orthopédique, par Bishop. (*Med. Chronicle*, oct.)—Pathologie et traitement des arthrites par Max Schuller. (*Vienne.*) — Leçon sur l'arthrite tuberculeuse, par Arthur Barker. (*Brit. med. journ.*, p. 1202, juin.) — Des troubles musculaires consécutifs aux arthrites, par Wallich. (*Gaz. des hôpit.*, 11 août.) — Traitement de l'arthrite tuberculeuse du genou, chez les enfants, par l'arthrectomie, par Pollard (*Lancet*, 16 juin.) — Arthrite aiguë du genou, suppurée, traitée par l'irrigation continue, par Frederick Treves. (*Brit. med. journ.*, 8 juillet.) — Traitement des maladies du coude et du genou, par les appareils de H. Owen Thomas, par Gibney. (*New York med. jour.*, p. 285, 17 mars.) — Arthrectomie, abrasion des articulations, par Owen. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 nov.) — Plaie pénétrante du genou guérie par première intention, par H. de Montmollin. (*Revue méd. Suisse rom.*, VIII, 226, avril.) — Sur les plaies pénétrantes des articulations par instruments piquants, par Durand. (*Thèse de Nancy.*) — Corps étrangers organiques des articulations, par P. Thiéry. (*Bull. Soc. anat.*, p. 660.) — Du traitement des fausses ankyloses des doigts par le massage et les mouvements forcés passifs, par P. Niehans. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 437, 15 juillet.) — Méthode pour déterminer le degré de flexion de la cuisse sur le bassin, dans les maladies de la hanche, par Georges Kingsley. (*Boston med. journ.*, 5 juillet.) — Correction graduelle des fausses

ankyloses du genou, par GIBNEY. (*New York surg. Soc.; New York med. journ.*, 20 juin.)

Asthme. — L'asthme, sa nature et son traitement, par W. BRUGELMANN. (*Neuwied.*) — De l'asthme, analyse de 80 cas, par F. H. BOSWORTH. (*Amer. journ. of the med. sc.*, sept., p. 246.) — Antipyrine contre l'asthme, par DODGE. (*New York med. journ.*, 18 février.) — De l'asthme des foins et états analogues, par M'BRIDE. (*Brit. med. ass.*; *Brit. med. journ.* 15 sept.)

Astigmatisme. — L'astigmatisme est-il un facteur étiologique du glaucome par THEOBALD. (*Americ. Opht. Soc.*, 18 sept.) — Astigmatisme binoculaire, par CULBERSTON. (*Americ. journ. of Opht.*, mai, p. 117.)

Athétose. — Observation d'athétose, par LEWIS SMITH. (*New York county med. assoc.*, 15 oct.) — Hémiathétose sans paralysie ni anesthésie, ni atrophie appréciable chez une jeune fille de 16 ans, par RENAULT. (*Soc. méd. des hôpit.*, 27 avril.) — Observation d'athétose, par COMBY. (*Soc. méd. des hôpit.*, 13 avril.)

Auscultation. — La sonorité péricoccygienne, sa valeur sémiotique, par BORDONI. (*La Riforma med.*, 22 mai.) — Auscultation stéthoscopique de la percussion, modifications des résultats par la présence de gaz et de liquides chez le vivant et sur le cadavre, par BIANCHI. (*Sperimentale*, sept.) — La percussion d'après Fleischl, par GRUTZNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, p. 402.

Autoplastie. — Autoplastie pour perte de substance pénétrante de la joue, par VON HACKER. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, 2, p. 163.)

Avortement. — Étude de l'avortement interne, par POLANO. (*Morgagni*, déc. 1888.) — De l'avortement aux 5e et 6e mois de la grossesse, au point de vue de la délivrance, par TINTELIN. (*Thèse de Nancy.*) — Traitement de l'avortement incomplet, expectation et intervention, par MISRACHI. (*Arch. de tocol.*, août.) — A propos du traitement de l'avortement par la quinine, par MISRACHI. (*Ann. de gynéc.*, août.)

B

Bactériologie. — Traité pratique de bactériologie, par MACÉ. (In-16, 700 p., Paris.) — La bactériologie et la clinique, par JACCOUD. (*Bull. méd.*, 11 nov.) — Les progrès de la médecine en rapport avec la bactériologie, par FASANO. (*Gaz. d. ospit.*, n° 75.) — Traité de bactériologie pathologique, par BAUMGARTEN. (2e partie, 740 p., *Brunswick.*) — Instruction pratique pour la recherche microscopique des bactéries dans les tissus animaux, par H. KÜHNE. (*Leipzig.*) — Historique et critique du développement des méthodes de coloration des bactéries, par P. G. UNNA. (*Iéna.*) — Les microbes, par HÉRICOURT. (*Rev. des Deux-Mondes*, 1er sept.) — Les organismes animés de la fermentation, par LINDNER. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Les méthodes de recherches des microrganismes atmosphériques, par OSCAR WYSS. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 8, p. 254, 15 avril.) — Des bactéries pathogènes dans les eaux de conduites, par RINATORO. (*Zeit. f. Hygiene*, IV, 1.) — Des bactéries contenues dans la neige, par JANOWSKI. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 18, et *Wratch*, n° 37.) — Biologie des bactéries normales du lait, par BAGINSKY. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XII, p. 434.) — Migro-organismes des moules, par LUSTIG. (*Arch. per le sc. med.*, XII, n° 3.) — Des bactéries de

l'organisme physiologique, par Filippow. (*Moscou.*) — Revue des nouveaux travaux sur la destruction des micro-organismes pathogènes dans l'économie, par Ribbert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.) — Recherches expérimentales sur l'action de la fumée de tabac sur les micro-organismes, par Tassinari. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 15.) — Transmissibilité des germes pathogènes par les déjections des mouches, par Celli. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. osp. di Roma*, n° 1.) — Recherches sur les vibrions, par Weibel. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, n° 9.) — Sur l'élimination, par les urines, des matières solubles vaccinantes fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme, par Charrin et Ruffer. (*Acad. des sciences,* 15 oct.) — Sur le bacille rouge de Globig, par Legrain. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er oct.) — Quatre nouvelles espèces de proteus ou bacilles capsulés, par Banti. (*Sperimentale*, août.) — Sur la matière phlogogène sécrétée par certains microbes, par Arloing. (*Lyon méd.*, p. 535, 12 août.) — Des microbes pathogènes, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 1er août.) — Sur le cycle évolutif d'une nouvelle bactériacée chromogène et marine, Bacterium Balbiani, par Billet. (*Acad. des sc.,* 13 août.) — Sur l'action des micro-organismes sur les matières colorantes, par Raulin. (*Acad. des sc.*, 20 août.) — De la formation de spores chez les bactéries, par Prazmowsky. (*Biolog. Centralb.*, VIII, n° 10.) — Le sucre de raisin comme cause de suppuration avec le staphylococcus aureus, par Bujwid. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 19.) — Une des diastases sécrétées par le bacille mesentericus vulgatus, par Vignal. (*Soc. biologie*, 26 mai.)—De l'immunité conférée aux lapins contre le proteus vulgaris par la neurine, par Foa et Bonome. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 6.) — Mode de préparation du bacille tuberculeux, par Roux et Pithion. (*Lyon méd.,* p. 433, 22 juillet.) — Relations des micro-organismes avec les blessures et maladies chirurgicales, par Senn. (*Americ. surg. Assoc.*, 18 sept.) — Sur les microbes de la pyohémie et de la septicémie, par Besser. (*Vratch.*, n° 19.) — Sur un microbe pyogène et septique, et sur la vaccination contre ses effets, par Héricourt et Richet. (*Acad. des sc.*, 29 oct.) — Des micro-organismes de l'appareil digestif, par Ratschinsky. (*Diss. St-Pétersbourg.*)— De la présence des bacilles infectieux des plaies dans l'intestin, par Alapi. (*Orvosi hetilap.,* n° 40.) — Du streptococcus pyogenes dans la salive des sujets sains, par Netter. (*Soc. biologie,* 21 juillet.) — Pleuropéricardite et méningite cérébrospinale provoquées par un micro-organisme très semblable au diplococcus pneumonicus, par Bonome. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 11.)—Des microbes du cordon ombilical, par Cholmogorow. (*Vratch*, n° 37.) — Sur les caractères d'un streptocoque non pathogène existant dans le mucus vaginal, par Legrain. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er sept.) — De la formation des spores dans les sérobacilles, les streptocoques, les spirilles du choléra, par Neisser. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, 2.) — Le bacille de la miliaire, par Chiotti et de Blasi. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 11, 1886.) — Actinomycose, bactéries dans l'urine, par Broatz. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 14.) — Nouvelle espèce de bactérie pathogène rencontrée dans les produits tétanigènes, par Belfonti et Pescarolo. (*Giorn. Accad. di med. Torino,* n° 6.) — Note sur le microbe pyogène de l'abcès sudoripare, par Verneuil et Clado. (*Gaz. hebd. de méd.,* 24 août.) — Le bacille et la fermentation du jéquirity, par J. B. Colpi. (*Il Morgagni*, août.) — De la valeur des prétendus bacilles de la sérose, par Schreiber. (*Fortsch. d. Med.*, VI, n° 17.)

Bain. — Les stations balnéaires sanitaires et estivales de la Thuringe, par Preller. (*Salzungen.*) — De l'influence des bains de Kreuznach sur la nutrition, par Heusner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 607, 23 juillet.)

Bassin. — Du bassin cyphotique, par Braun. (*Wiener klin. Woch.,* 22 nov.)

— Rétrécissement uniforme du bassin, par GERBAUD. (*Montpell. médic.*, déc. 1887, p. 495.) — Bassin rachitique, par GERBAUD. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Du vêtement de la femme dans ses relations avec l'étiologie et le traitement des affections du bassin, par H. BETTS. (*Journ. of amer. Assoc.*, 28 avril, p. 509.) — De la trépanation du bassin comme traitement de la psoïte, par CONDAMIN. (*Thèse de Lyon*, n° 423.)

Bec-de-lièvre.—Etude sur le bec-de-lièvre compliqué, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Bull. gén. de thér.*, 30 août.) — Idem, par VERCHÈRE. (*France méd.*, nov.)

Bégaiement. — 3 cas de bégaiement traités par l'hypnotisme, par G. RINGIER (1 insuccès, garçon de 14 ans; 1 succès complet, fille de 14 ans; une amélioration, homme de 23 ans). (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 11, p. 353, et n° 12, p. 387, 1er et 15 juin.)

Beriberi. — Le beriberi et les névrites infectieuses, par MELOTTI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 80.)

Biliaires (Voies). — Influence des corsets sur la sécrétion de la bile, par COLLINS. (*Lancet*, 17 mars.) — Recherche des acides biliaires dans les sécrétions chez les ictériques, par BAELDE et LAVRAND. (*Soc. biologie*, 21 juillet.) — Action de la bile et des sels biliaires sur les reins, par ROBERT WERNER. (*Thèse Berne*, 1887.) — Diagnostic de la cholélithiase méconnue, par MELOTTI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 69.) — Calculs biliaires, laparotomie, par CHANDELUX. (*Lyon méd.*, p. 93, 16 sept.) — Evacuation de plusieurs centaines de calculs biliaires par administration d'un litre d'huile d'olive, par S. ROSENBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 21, p. 426, 21 mai.) — Cancer de la vésicule biliaire avec propagation au foie, par PIERRE. (*J. sc. méd. Lille*, 14 sept.) — Ulcère du duodénum avec oblitération des conduits cholédoque, cystique, hépatique, et du canal de Wirsung, par SVENSSON et WALLIS. (*Arsberatt f. Sabbasrb. Sjukhus för* 1887.) — De l'extirpation de la vésicule biliaire, par CREDÉ. (*Jahresb. d. Ges. f. Nat. zu Dresden*, 1887-88.)

Blennorragie. — Sur la blennorragie de la femme, par ERAUD. (*Lyon méd.*, p. 431, 22 juillet.) — Blennorragie aiguë, par DU CASTEL. (*Union médicale*, 21 août.)—De la prophylaxie de la blennorrée des nouveau-nés, par KONRAD. (*Orvosi hetilap*, n° 40.) — De la valeur du gonococcus pour le diagnostic de l'ophtalmie blennorragique, par OTTAVA. (*Pester med. chir. Presse*, n° 20.) — Blennorrhée et spermatorrhée, par DU CASTEL. (*Union médicale*, 25 sept.) — Des complications de la blennorragie, par FRIEDRICH HELD. (*Thèse Zurich*, 1887.) — Du traitement du rhumatisme blennorragique par l'électricité, par PHOTIADES. (*Gaz. hebd. de méd.*, 4 mai.) — De la phlébite blennorragique, par STRATÉGOPOULOS. (*Thèse Montpellier*, n° 54.) — Du traitement de l'orchi-épididymite blennorragique, par SPILLMANN et SCHMITT. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — Acide borique contre la blennorrhée, par ABALY. (*N. York med. Record.*, 26 nov. 1887.) — Traitement antiseptique de la blennorragie, par DU CASTEL. (*Union médicale*, 11 sept.)

Branchie.—Les tumeurs des fentes branchiales, par CHARLES-HENRI RICHARD. (*Thèse Bâle*, 1887.) — Vestige cartilagineux d'un arc pharyngien surnuméraire chez l'homme, par VOITURIEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 21 sept.)

Bronche. — De la broncho-alvéolite fibrineuse hémorragique, par LETELLIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à l'étude de la bronchite fibrineuse, par PAUL REGARD. (*Thèse Berne*, 1887.) — Bronchite fibrineuse chronique datant de 25 ans chez un homme de 66 ans, par KISCH. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 24, p. 494, 11 juin.) — Sur un cas de broncho-pneumonie infectante, par

SCHMITT. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.) — Dilatation bronchique ou tuberculose, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 20 sept.) — Corps étranger dans la bronche droite, par KIDNER. (*Lancet*, 23 juin.)

Brûlure. — Cas de brûlure étendue guérie par les greffes épidermiques, par SCHOOPS. (*Journ. de méd. et de chir.*, juin.)

C

Cancer. — Lettre au directeur général de l'état civil sur l'augmentation de fréquence des cancers en Angleterre et sa cause, par JOHN FRANCIS CHURCHILL. (Londres.) — Qu'est-ce que le cancer, par J. BRAITHWAITE. (*Lancet*, 30 juin.) — Etiologie traumatique du cancer cutané, par KRŒNLEIN. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Deux cas de carcinome à surface papillaire, par GRAWITZ. (*Deutsche. med. Woch.*, n° 21.) — Cancer multiple de la peau, par ZELLWEGER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Des caustiques dans le traitement du cancer et de certaines affections chirurgicales, par J. FÉLIX. Brochure in-16, 92 pages (Bruxelles).

Cartilage. — Deux cas de chondromes ostéoïdes, par MARCHAND. (*Berl. klin. Woch.*, 2 avril.) — Note sur le développement des cellules ramifiées du cartilage des céphalopodes et de leurs rapports avec certains éléments des chondromes, par CARRIEU. (*Soc. Biologie*, 30 juin.)

Cellule. — Morphologie de la cellule, par LUKJANOW. (*Arch. f. Phys. supp. Band.*, p. 66, 1887.) — De l'action synthétique des cellules, par JULIA BRINCK. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Sur la karyokinèse, par WALDEYER. (*Arch. f. Phys.*, p. 1, 1887.) — Production expérimentale de la segmentation cellulaire bornée au noyau, par L. CHABRY. (*Soc. de biologie*, 7 juillet.) — Sur la phagocytose, par ERNST. (*Wiener med. Blätter*, n° 33 et 36.) — Critique de la théorie de la phagocytose de Metschnikoff, par BAUMGARTEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 1 et 2.) — Etude sur la phagocytose, par WOLFHEIM. (*Beit. zu path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler*, III, Heft 4, p. 403.)

Cerveau. — Recherches sur le développement des couches corticales du cerveau et du cervelet chez l'homme et les mammifères, par VIGNAL. (*Arch. de physiol.*, 1er octobre.) — La grande pinéale et le troisième œil des vertébrés, par CIONINI. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — L'entre-croisement incomplet des fibres nerveuses dans le chiasma optique chez le chien, par VITZOU. (*Acad. des Sc.*, 17 septembre.) — Sillons et circonvolutions du cerveau du renard et de l'ours, avec remarques sur le sillon crucial et la fissure pariéto-occipitale de l'ours, par ANNA EPSTEIN. (*Thèse de Berne*, 1887.) — La circonvolution latérale inférieure du cerveau humain, par WERA KOTLJAREWSKY. (*Ibid.*, 1887.) — Rotation de l'encéphale, par A. HILL. (*Brain*, janvier 1887.) — Sur la circulation veineuse de l'encéphale, par HÉDON. (*Thèse de Bordeaux.*) — Note sur l'excitabilité cérébrale de la substance grise corticale du cerveau, par PAULO DE CARVALHO. (*R. Soc. Biologie*, 28 juillet.) — Etude sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale, par LUYS. (*Encéphale*, nos 4 et 5.) — Contribution à la physiopathologie du cervelet, par BORGHERINI. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — Notes et schéma sur la topographie pathologique de l'axe cérébro-spinal, par GLOVER. (*Archives de Neurol.*, XVI, p. 249.) — Contribution à l'anatomie expérimentale et pathologique des voies de conductibilité et des centres

optiques, par von Monakow. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 11, p. 346, 1er juin.) — Sur les localisations cérébrales, par H. Girard. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 290, mai.) — Un cas d'affection des noyaux bulbaires, par Remak. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 409, 14 mai.) — Des localisations cérébrales au point de vue pratique, par Mills. (*Congress of. amer. Phys. and Surg.*, 19 septembre.) — Anatomie de l'hydrocéphalie et de la compression cérébrale, par Anton. (*Med. Viener Jahrb.* n° 4.). — Lésion localisée du lobule pariétal inférieur, par Wernicke. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — Ramollissement cérébral et méningite basilaire, par Bradbury. (*Cambridge med. Soc.*, 13 juillet.) — Un cas de lésion du corps strié avec élévation de température du côté paralysé, par Guicciardi et Petrazzani. (*Rassegna di sc. med.*, mai.) — Hémiatrophie faciale occupant principalement la fosse temporale gauche. Hypertrophie de la paupière supérieure du même côté, par Estor. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Note sur un cas d'atrophie cérébrale. Atrophie croisée du cervelet, par Mossé et Guibert. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, juillet.) — Atrophie des lobes frontaux pariétaux du cerveau, consécutive à une paraplégie ancienne d'origine spinale, par Seymour Sharkey. (*Brain*, p. 94, avril.) — Sur l'atrophie musculaire dans les lésions cérébrales, par H. Quincke. (*Deutsche Archiv f. klinische Med.*, Bd. 42, p. 492.) — De l'aphasie optique et de la cécité cérébrale, par Freund. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — Des troubles de développement de la face supérieure du cerveau humain (2e communication), par G. Anton. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, 2, p. 237.) — Apraxie et aphasie, leurs variétés, moyens de les reconnaître, par Allen Starr. (*N. York Acad. of med.*, 18 octobre.) — Etude séméiologique de l'hémianopsie dans ses rapports avec les lésions en foyer du cerveau, par N. Cabibbo. (*Il Progresso medico*, mai, juillet et août.) — Aphasie motrice, aphémie, par Suckling. (*Brit. med. Journ.*, 15 septembre.) — Nature des rapports existant entre les affections du nerf optique et celles du cerveau, par Zellweger. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Nouveaux cas d'athétose double, par Brousse. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, septembre.) — Hémorragie bulbaire, guérison, par Batterham. (*Brain*, p. 123, avril.) — Observation d'hémorragie cérébrale, par Hamilton. (*Lancet*, 16 juin.) — Du traitement de l'hémorragie cérébrale, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, 18 octobre.) — Les anévrismes miliaires des artères du cerveau, par Eppinger. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 3.) — Une contribution à la symptomatologie des tumeurs de l'hypophyse, par J. Heusser. (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, Bd CX, Heft 1, p. 9.) — Abcès cérébral consécutif à une nécrose étendue du temporal, trépanation, mort d'hémorragie secondaire, par Bacon. (*Americ. otol. Soc.*, 18 septembre.) — Hémiparalysie agitante symptomatique d'un sarcome du noyau lenticulaire, arthropathie coxo-fémorale tabétique, épithélioma primitif de l'ombilic, par P. Sollier. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 649.) — Abcès de la selle turcique et du corps pituitaire, par Battiscombe. (*Lancet*, 19 mai.) — Amblyopie par hématomes symétriques des fosses occipitales, par Audry. (*Lyon méd.*, 12 août.) — Chirurgie du cerveau et de la moelle épinière, par Macewen. (*Bull. méd.*, 12 août.) — Cécité subite consécutive à une plaie encéphalique par arme à feu, par Panas. (*Union médicale*, 19 juillet.)

Cervelet. — Le cervelet de la grenouille, par Wlassak. (*Arch. f. Phys. sup. Band.*, p. 107, 1887.) — Arrêt de développement du lobe droit du cervelet, par Percy Flemming. (*Brain*, p. 126, avril.) — Tumeur du cervelet, par Railton. (*Clin. soc. Manchester*, 16 octobre.)

Césarienne (Op.). — La nouvelle opération césarienne, par Lusk. (*Americ. gyn. soc.*, 18 septembre.) — La taille césarienne conservatrice avec suture

de l'utérus, étude historique et critique, par Caruso. (*Ann. di ostetric.*, août.) — Opération césarienne, succès pour la mère et l'enfant, par Delassus. (*Journ. sc. méd. Lille,* 5 octobre.) — Mort du fœtus avant la rupture des membranes, opération césarienne chez une agonisante, respiration artificielle d'après la méthode de Schultze, introduction d'air dans les poumons, par Wiereinsky. (*Cent. f. Gyn.*, 9 juin 1887.) — Un cas d'opération césarienne, par Kelly. (*Med. News*, 22 septembre.) — Un cas d'opération de Sænger avec description complète du manuel, par G. Zinke. (*Journ. of amer. assoc.,* 7 avril, p. 413.) — Opération césarienne, guérison, par Pintaud Désallées. (*Union médicale,* 10 mai.) — Cinquième et sixième opérations césariennes pour rétrécissements pelviens, suivies de guérison, par Schauta et Weydlich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 544, 2 juillet.) — Opération césarienne dans un cas de tumeur fibreuse de l'utérus, mort, par Bayley. (*Lancet*, 12 mai.) — Un cas d'opération césarienne, par J. H. Etheridge. (*Journ. of amer. Assoc.,* p. 62, 1er juillet.) — Deux cas d'opération de Porro pour atrésie du vagin, par O. Weydlich. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, 2, p. 105-118.) — Opération césarienne, succès pour la mère et l'enfant, par Delassus. (*Ann. de gynéc.*, août.) — De l'opération césarienne, par Leopold. (*Stuttgart.*)

Chancre. — De l'induration chancreuse, par Oltramare. (*Province méd.*, 18 août.) — La non-identité du chancre et du chancroïde (chancre simple), par Marsh. (*N. York med. Journ.*, p. 461, 28 avril.) — Relevé des chancres extragénitaux observés dans le service du professeur Fournier, par Morel-Lavallée. (*Annales de Derm. et de Syph.*, Fasc. 6.)

Charbon. — Des injections d'acide phénique contre la pustule maligne, par Contento. (*Gaz. d. Ospit.,* n° 28.) — Traitement de la pustule maligne, par Bompaire. (*Montpell. médical,* p. 245, 16 mars.) — Sur un cas de pustule maligne non transmise par la mère au fœtus (femme accouchée à terme d'un enfant qui a vécu), par S. Romano. (*Il Morgagni*, juillet.)

Chimie. — Manuel du diagnostic chimique au lit du malade, par Tappeiner, traduction de Nicolle. (in-12 Paris.)

Chirurgie. — Cours de petite chirurgie professé aux hospitalières de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de la Charité, par Gangolphe. (in-16, 138 p. Lyon.) — Des conditions de l'intervention opératoire en chirurgie, par Ceccherelli. (*Il Morgagni*, juillet et août.) —Les relations de la vie sociale avec les maladies chirurgicales, par Hayes Agnew. (*Med. News.*, 22 septembre.)

Chlorose. — Rapports de la chlorose avec la tuberculose, par Felice. (*Thèse de Paris*, 7 novembre.) — Chlorose, phlegmatia alba dolens précoce et bilatérale, mort, par Laurencin. (*Lyon méd.*, 7 octobre.) — Sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose, par Laporte. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quelques réflexions à propos de deux cas de chlorose, par Jaccoud. (*Semaine méd.,* 8 août.)

Choléra. — Sur la vaccination préventive du choléra asiatique, par Gamaleia; remarques de Pasteur. (*Acad. des Sc.*, 20 août.) — Contribution expérimentale « l'étude du choléra asiatique, par B. Pernice et G. Lipari. (*Il Morgagni*, juin.) — Sur la durée de la période d'incubation du choléra, par Banti. (*Sperimentale,* juillet 1887.) — Etiologie de la cholérine (bactérie), par Hueppe. (*Berlin klin. Woch.*, 8 août 1887.) — Du choléra et des conditions qui l'entretiennent dans la zone endémique, par Simpson. (*Glasgow med. Journ.*, septembre.) — Deux épidémies de choléra à Toulon 1884-1885

— Relation de quelques cas observés dans les hôpitaux civils, par GABRIELLI. (*Thèse de Montpellier*, n° 61.) — Sur le choléra, par BIEDERT. (*Wiener med. Blätter*, n° 38.) — Le choléra au Chili, par J. TRUMBULL. (*N. York. med. Record.*, p. 712, juin.) — L'acide tannique contre l'empoisonnement ptomaïnique du choléra, par CANTANI et DE SIMONE. (*Giorn. int. delle sc. med.*, fasc. 4.) — De l'emploi du bichlorure de mercure comme moyen thérapeutique et prophylactique contre le choléra asiatique, par YVERT. (*Acad. des Sc.*, 29 octobre.)

Chorée. — Sur l'étiologie de la chorée, par COMBY. (*France méd.*, 4 février.) De la chorée, par SNOW. (*Buffalo med. Journ.*, novembre.) — Les chorérhumatismes, par G. SÉE. (*Union médicale*, 17 juillet.) — Un cas de chorée avec présence de champignons dans la dure-mère, par NAUNYN. (*Mitth. aus. der med. Klinik zu Konigsberg*, p. 296.) — Névrose particulière unie à la chorée, par GAIRDNER. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 6 avril.) — Chorée de la grossesse et des sujets âgés, par DODGE. (*Med. News*, 28 juillet.) — Traitement de la chorée par le repos cérébral, par CORNING. (*N. York. med. Record*, p. 3, janvier.) — Chorée rhumatismale guérie par l'antipyrine, par BOUSSI. (*France méd.*, 2 février.) — L'antipyrine dans quelques cas de chorée, par PIBRE. (*Thèse de Montpellier*, n° 74.) — L'antipyrine contre la chorée, par D'ANCONA. (*Riv. veneta di sc. med.*, avril.) — *Idem*, par VERONESE. (*Ibid.*, mai.)

Choroïde.—Ossification de la choroïde, par MEIGHAN. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 14 mai.) — Tuberculose de la choroïde, par DUCI. (*Gaz. med. ital. Lombard.*, n° 20.)— Tuberculose primitive de la choroïde, par M. HARDY. (*Ophth. Soc. of un. Kingdom*, mai.) — Sarcome mélanique de la choroïde, par SCIMENI. (*Ann. di Ottalm.*, n° 2.)

Chylurie. — Cas de chylurie, par WILKENS. (*Arsberätt. f. Sabbatsb. Sjukhus for* 1887.)

Cicatrice. — Chéloïde de l'abdomen prenant les caractères de malignité; ulcération après neuf ans; presque complète disparition après un érysipèle; récidive, infiltration de tumeurs à petites cellules, tumeurs secondaires, mort, par W. ANDERSON. (*Lancet*, 26 mai.)

Circulation. — Les modifications du pouls radical pendant et après les changements de position du corps, étudiées chez l'homme sain et le malade, par LUCIUS SPENGLER. (*Thèse de Zurich.*, 1887.) — La circulation et le pouls, par OZANAM. (in-8° Paris, 1887.) — Procédé d'évaluation de la force du pouls, par VON KRIES. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 août 1887.)

Clavelée. — Sur la contagion de la clavelée, par PEUCH. (*Acad. des Sc.*, 13 août.)

Climat. — Les stations balnéaires et climatiques d'Allemagne, par TH. GSELLFELS, 2e partie (Lac de Constance, Würtemberg, Bavière, Thuringe et Harz.) (*Zurich*, 1888.) — Wiesbaden comme station sanitaire, par EMIL PFEIFFER. (*Wiesbaden.*) — Les climats et séjours les mieux appropriés à la vieillesse, à l'état de santé et de maladie, par LOOMIS. (*Med. News.*, 29 septembre.) — Le climat du Colorado pour les affections pulmonaires, par FISK. (*Americ. climat Assoc.*, 18 septembre et *Arch. roum. de chir.*, n° 6.) — Les stations climatériques pour le traitement de la phtisie pulmonaire, par KRETZCHMAR. (*Ibid.*, 18 septembre.) — L'importance relative des différents éléments climatériques dans le traitement de la phtisie, par BRUEN. (*Med. News.*, 13 octobre.)—*Idem*, par BOWDITCH. (*Ibid.*)—Le voyage au Cap et le climat

de l'Afrique méridionale, par Thompson. (*Med. Soc. of London*, 12 novembre.)

Cœur. — Structure et fonctions des orifices auriculo-ventriculaires, par Davies. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXIII, p. 161.) — Effets des liquides nutritifs sur le cœur, par Bertha Finn. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Cœur à trois cavités, par Fussell. (*Med. News.*, 3 novembre.) — Un cas d'ectocardie épigastrique, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juillet.) — Ectopie du cœur, par Kendall. (*Brit. med. Journ.*, 1er septembre.) — La nature de la rotation que subit le cœur dans la dextrocardie, examen de 2 autopsies, par Babcok. (*Med. News.*, 15 septembre.) — Un cas de dextrocardie, par Bamberger. (*Soc. méd. de Vienne*, 10 février.) — Signification diagnostique du murmure présystolique, par Donaldson. (*Assoc. of americ. phys.*, 18 septembre.) — Etude séméiologique du deuxième bruit du cœur, par Bucquoy et Marfan. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Signification diagnostique des bruits de souffle mitraux présystoliques, par Donaldson. (*Med. News*, 20 octobre.) — Des temps du cœur, par Duroziez. (*Union médicale*, 11 octobre.) — Maladie bleue; bruits cyano-anémiques, par Duroziez. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Allorrythmie cardiaque, battements liés, par H. Handford. (*Lancet*, 30 juin.) — Le surmenage du cœur chez l'apprenti, par Layet. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 289.) — Le conseiller des gens atteints d'affections cardiaques, par Michaelis. (*Neuwied.*) — Des variations pathologiques de l'espace de Traube dans la péricardite avec épanchement par Cuillé. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etiologie de la péricardite, par Banti. (*Sperimentale*, avril.) — De la systole incomplète comme cause de la dilatation du cœur, par Graham Stell. (*Lancet*, 12 mai.) — Angio-sclérose, par Duroziez. (*Union medicale*, 31 mai.) — Un cas d'affection congénitale du cœur, par Middelton. (*Glasgow med. Journ.*, juillet.) — La nutrition cardio-vasculaire et ses rapports avec la mort subite, par Mott. (*Practitioner*, septembre.) — Effets des maladies chroniques des valvules du cœur sur les orifices, les cavités et les parois, par Hamilton. (*Journ. of Anat.*, octobre.) — Tachycardie paroxysmale, par Bressler. (*N. York med. Record*, p. 11, janvier.) — Diagnostic différentiel des troubles cardiaques consécutifs aux affections gastro-hépatiques, difficultés d'interprétation, indications thérapeutiques, par Potain. (*Semaine méd.*, 19 septembre.) — Dégénérescence du cœur et maladie de Bright, par Meigs. (*Americ. journ. of med. Sc.*, juin.) — Contribution clinique à l'étude de la pathologie et du traitement de l'insuffisance du cœur gras, par A. Högerstedt. (*Petersb. med. Wochenschr.*, n° 47, 147.) — Cuirasse calcaire enveloppant le ventricule droit du cœur, mort subite dans le cours d'un épanchement pleural, par Variot. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Sur un cas de ramollissement nécrobiotique du myocarde, par Chiari. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 553, 2 juillet.) — Du cœur gras, par Forcheimer. (*Assoc. of americ. phys.*, 18 septembre.) — Tumeurs secondaires multiples du cœur, par Biggs. (*N. York med. Record.*, p. 369, mars.) — Mégalomanie, mort subite par rupture du cœur, par Laffite. (*Annal. méd. psych.*, p. 236, mars.) — Tumeur du médiastin, cancer secondaire du cœur, par Impacciantti. (*Sperimentale*, janvier.) — De l'absorption alimentaire dans les affections cardiaques, par Grassmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 3.) — Influence du régime lacté intégral dans les maladies du cœur, par Hœgerstedt. (*Zeitschrift. für klin. Medicin*, XIV, p. 16.) — Effets thérapeutiques du travail musculaire chez les cardiopathes, par P. E. Livierato. (*La Riforma medica*, 18 avril.) — De l'emploi thérapeutique des exercices physiques dans les maladies du cœur, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 21 septembre.) — Sur la racine de Batjitjor (Vernonia nigritiana, famille des composées) de l'Afrique tropicale, nouveau poison du cœur, par Heckel et Schlagdenhauffen,

(*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.) — Paracentèse du péricarde, par TAYLOR. (*Brit. med. Journ.*, 17 novembre.) — Epingle plantée dans le cœur, par PEABODY. (*Assoc. of americ. Physic.*, 20 septembre.) — De la guérison des plaies aseptiques du cœur, par BONOME. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Sur les effets des plaies du cœur, par MASTIMOTTI. (*Ibid.*)

Conjonctive. — Conjonctivite aiguë due à la cocaïne, par MITTENDORF. (*Americ opht. Soc.*, 18 septembre.) — Une affection syphilitique particulière de la conjonctive, par SATTLER. (*Wiener. med. Wochenschrift*, n° 22, p. 760.) Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, par AUGAGNEUR. (*Province méd.*, 14 juillet.) — Rapports entre la conjonctivite folliculeuse et le trachome, par SCHILLING. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 448, 28 mai.) — De la conjonctivite folliculaire aiguë endémique, par HERMANN WALLERSTEIN. (*Ibid.*, n° 20, p. 403, 14 mai.) — De la conjonctivite croupale, par ARNOLD LOTZ. (*Thèse de Bâle*, 1887.) — Des affections de la conjonctive et des voies lacrymales, par GALEZOWSKI. (*Progrès médical*, 9 juin.) — De la contagion hospitalière à l'hôpital des enfants de Bâle, par JOS. FAHM. (*Thèse de Bâle*, 1887.) — La tuberculose de la conjonctive oculaire, par CESAR AMIET. (*Thèse de Zurich*, 1887.) — Tuberculose de la conjonctive, par FUCHS. (*Soc. des méd. de Vienne*, 26 mars.)— Forme rare de tumeur kystique congénitale de la conjonctive, par RAMPOLDI et FARAVELLI. (*Ann. di Ottalm.*, n° 3.)

Coqueluche. — L'antipyrine contre la coqueluche, par SONNENBERGER. (*Therap. Monats.*, août.) — Du traitement de la coqueluche par l'antipyrine, par GEFFRIER. (*Rev. gén. de clin.*, 2 août.)

Cordon ombilical. — Sur la rupture spontanée du cordon ombilical, par STAES. (*Thèse de Lille*, 30 juillet.) — Rupture spontanée du cordon ombilical, par MAYGRIER. (*Progrès médical*, 26 mai.)

Cornée. — Du réseau vasculaire précornéen chez l'homme, par GOLDZIEHER. (*Wiener. med. Wochenschrift*, n° 31.)— Analyse de 576 cas de réfraction cornéenne avec l'ophtalmomètre de Javal et Schiotz, par BURNETT. (*Americ. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Nouvelles recherches sur l'action du chlorure d'éthylène sur la cornée, par DUBOIS. (*Acad. des Sc.*, 29 octobre.) — Sur la forme de la cornée humaine normale, par LEROY. (*Ibid.*, 29 octobre.) — Courbure de la cornée en cas d'augmentation de la pression intra-oculaire, par WILHEM EISSEN. (*Thèse inaugur.*, *Leipsig.*) —De la kératite spécifique, par HIRSCHBERG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 498.) — Anatomie pathologique du leucome adhérent, par FONTAN. (*Soc. d'opht. de Paris*, 6 nov.) — Action du staphylocoque pyogène dans les plaies de la cornée, par FORTUNATI. (*Sperimentale*, août.) — De l'ablation du staphylome de la cornée, par THOMPSON. (*Ophth. Soc. of un. Kingdom*, mai.) — Staphylome de la cornée guérie par la sclérotomie équatoriale, par DUJARDIN. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 25 mai.) — Traitement des ulcères de la cornée, par CALLAN. (*Americ. opht. Soc.*, 18 septembre.) — Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée, par DEHENNE. (*Union méd.*, 5 mai 1887.) — *Idem*, par ABADIE. (*Ibid.*, 14 mai 1887.) — Du fer rouge dans quelques affections de la cornée, par CASTAGNI. (*Thèse de Montpellier*, n° 67.) — Traitement des plaies perforantes de la cornée et de la sclérotique avec 13 observations, par P. SILEX (méthode de SCHWEIGGER.) (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 396, 14 mai.) — Des corps étrangers et brûlures de la cornée et de la conjonctive, par BAUDRY. (*Bull. méd. du Nord*, juin.)

Corps étrangers. — Corps étrangers dans le nez, l'oreille, 5 observations, par PEEBLER. (*Maryland med. journ.*, 18 août.) — Extraction d'un morceau

de verre logé depuis sept ans dans l'œil, par T. Bickerton. (*Brit. med. j.*, p. 1215, juin.) — Epi de blé dans le poumon droit, expulsion spontanée, par Morra. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin 1887.) — Un crochet à bottines ayant séjourné pendant neuf mois dans la joue à l'insu du malade; procédé d'extraction des corps étrangers formant crochet et ne pouvant être retirés par traction directe, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 16 octobre.) — A propos d'un cas de corps étranger de l'œsophage, par Wiell. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.) — Dyspepsie gastralgique; vomissements pendant 18 mois; guérison par l'expulsion, par l'estomac, de 69 noyaux de cerises, par Daudé. (*Montp. médical*, p. 447, mai.)

Couleur. — La prétendue évolution du sens des couleurs, par G. Pouchet. (*Rev. scientif.*, 13 octobre.)

Crâne. — Des facteurs qui déterminent l'hypertrophie du crâne dans l'ostéomalacie, l'ostéite déformante, le rachitisme et la syphilis héréditaire, par A. Lane. (*Lancet*, 28 avril.) — Des plaies pénétrantes du crâne par armes à feu, par Briant. (*N. York med. Rec.*, p. 165, février.) — Plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver, par Chaintre. (*Lyon méd.*, 14 oct.) — Fracture du crâne par coup de feu, guérie par Kollmann. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 249, 15 avril.) — De la paralysie tardive dans la fracture du rocher, par Demoulin. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 juil.) — Fracture de la base du crâne, par Dalziel. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 9 mars.) — Fracture du crâne avec perte de la vision d'un œil et hémianopie de l'autre, par Reid. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 14 mai.) — Paralysie consécutive à un coup sur le crâne, par Lunz. (*Deut. med. Woch.* n° 19.) — Hémorragie intra-crânienne, trépanation, guérison, par Owen (*Brit. med. J.*, 13 octobre.)

Criminel. — Etude sur cent criminels, par Rossi. (*Arch. di psichiat.*, IX, n° 4.) — Crânes de criminels d'après la méthode de Galton, par Lombroso. (*Ibid.*) — Anomalies du crâne sur 30 criminels, par Mingazzini. (*Ibid.*) — Les criminels, caractères physiques et psychologiques, par Corre. (in-18, 420 p., Paris.) — Sur 30 crânes et cerveaux de délinquants italiens, par Mingazzini. (*Riv. di Freniatria*, XIV, 1 et 2.)

Cristallin. — A quel moment doit-on opérer la cataracte, par Trousseau. (*Rev. gén. de clin.*, 15 novembre.) — Du procédé de choix dans le traitement chirurgical de la cataracte, par Christowitch. (*Bull. de thérap.*, 30 septembre.) — Prolifération de l'épithélium cornéen sur l'iris et la pupille à la suite d'ablation de la cataracte, par Guaita. (*Ann. di Ottalm.*, n° 2.) — Paralysie de la cinquième paire associée à la cataracte, par W. Collins. (*Brit. med. Journ.*, p. 1338, juin.) — Sur un cas de cataracte avec altérations dentaires rachitiques, par Scimeni. (*Bolletin. d'ocul.*, 15 mai.) — De l'érytropsie, par Dufour. (*Ann. d'oculistique*, XCIX, p. 135.) — Sur l'extraction de la cataracte non arrivée à maturation, par Tweedy. (*Lancet*, 19 mai.) — Extraction de cataracte non arrivée à maturation, par Higgens. (*Ibid.*, 12 mai.) — Sur l'extraction de la cataracte incomplète, par Bronner. (*Ibid.*, 20 juin.) — Extraction d'une cataracte calcaire, par Webster. (*Americ. opht. Soc.*, 19 juillet.) — Instrument pour les injections intraoculaires dans l'extraction de la cataracte, par M. Keown. (*Ann. d'oculistique* XCIX, p. 144.) — Hémorragie après l'extraction de la cataracte, par Hotz. (*Amer. journ. of ophth.*, V, n° 3, p. 65.) — Traitement de la cataracte luxée, par Galezowski. (*Recueil d'ophtalm.*, X, n° 5, p. 258.) — Quelques réflexions pratiques sur l'opération de la cataracte, par Gaillard. (*Poitou médical*, 5 mai.) — Opération de cataracte double chez un diabétique, par Bourgeois. (*Journ. de méd. de Paris*, XIV, n° 26.)

Cysticerque. — Des cysticerques solitaires de la peau et des muscles de l'homme, par KAREWSKI. (*Berl. klin. Woch.*, 1er août 1887.) — Faits de cysticerques du cerveau, par GERHARDT, G. LEURIN, OPPENHEIM, SIEMERLING. (*Ibid.*, n° 20, p. 408 et 409, 14 mai.) — Cysticerque cérébral, par DE RENZI. (*Riv. clin. e. terap.*, avril.) — Cysticerque du corps vitré, par BASSERÈS. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1887.) — Observation d'un cysticerque solitaire dans un abcès froid, par JŒGER. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.)

Daltonisme. — Persistance de la guérison du daltonisme congénital, traité par l'exercice, par FAVRE. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 21 septembre.) — Description d'une série de moyens pour la reconnaissance du daltonisme chez les employés de chemins de fer, par OLIVER. (*Amer. ophtalm. Soc.*, 18 juillet.)

Démographie. — Statistique des centenaires, par TURQUAN. (*Rev. scientif.*, 1er septembre.) — De la natalité illégitime, par BERTILLON. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 64.)

Dent. — Les dents de nos enfants pendant la croissance, par ALFRED BRAMSEN. (*Berlin.*). — Note sur les altérations des dents sous l'influence d'un séjour prolongé dans le sol, par GALIPPE. (*Soc. de biol.*, 23 juin.) — Des troubles oculaires dans les altérations de la 5e paire et en particulier dans les affections dentaires, par GALEZOWSKI. (*Progrès médical*, 21 juillet.) — L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant, comme accidents de dentition, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, janvier.) — Deux cas de paralysie réflexe de l'accommodation avec mydriase due à l'irritation dentaire, par THEOBALD. (*New York med. Record.*, p. 24, février.) — Infection purulente mortelle à la suite d'une carie dentaire, par COOPMAN. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juin.)

Désinfection. — Les plus récents progrès de la pratique de la désinfection, par A. WERNICH. (*Vienne.*)—La désinfection des chiffons, par MARTIN. (*Rev. d'hyg.*, IX, p. 806.) — Sur la désinfection d'un service de varioleux et sa transformation en service chirurgical, par JUST-CHAMPIONNIÈRE. (*Ibid.*, X, p. 198 et 244.) — Note sur la désinfection du Mont-de-Piété de Paris, par DUVAL. (*Ibid.*, X, p. 304.) — La désinfection par la vapeur sous pression et les étuves locomobiles dans le département de la Seine, par DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Diabète. — Le diabète sucré, par EMIL SCHNÉE. (*Stuttgart.*)—Nouveaux faits de diabète sucré avec altération du pancréas, par LANCEREAUX. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, XIX, n° 19.) — Troubles visuels provoqués par le diabète et des indications des opérations sur l'œil pendant la maladie, par STŒBER. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre.) — Un cas de coma diabétique sans acétone, par A. KIEN. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er septembre.) —La phtisie diabétique et ses indications thérapeutiques, par ELOY. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 4 octobre.) — De l'alimentation des diabétiques, par RENAUT. (*Rev. gén. de clin.*, 1er novembre.) — Infusion veineuse alcaline chez un diabétique, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, p. 435, 22 juillet.) — Sur un cas de diabète rapidement et complètement guéri par les alcalins et le régime, par JAMIN. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 26 août.)

Digestion. — De la digestion des graisses par MARPMANN. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 7 juillet.) — Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion, par EWALD. (In-8°, *Paris*, 1887.) — Action des sucs digestifs sur l'huile, par WILEY. (*Med. News*, 28 juillet.)

Diphtérie. — Pathogénie de la diphtérie épidémique avec atlas, par ŒRTEL. (*Leipzig.*) — Revue de cinq années de diphtérie à l'hôpital Saint-George, par H. T. GRIFFITHS. (*Lancet*, 14 juillet.) — Le croup et ses rapports avec la diphtérie, par FRANZ MINNICH. (*Vienne.*) — De la diphtérie scarlatineuse et de son traitement, par HEUBNER. (*Samml. klin. Worträge*, n° 322.)—Un cas de diphtérie du pharynx avec des hémorragies symétriques de la peau et des viscères, par ELLENBOGEN. (*Wien. med. Blätter.* n° 32.) — Diphtérie infectieuse à manifestations amygdaliennes et laryngiennes éphémères, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 mai.) — De la myocardite infectieuse diphtérique, par HUGUENIN. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Guérison d'une manie survenue à la suite d'une diphtérie, par SCHUTZE. (*Arch. f. Psych.*, XX, 1.) — Les indications générales du traitement de la diphtérie, par ELOY. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 19 octobre.) — Traitement de la diphtérie, acide sulfureux, par RAYE. (*Med. Presse and Circular*, p. 105, août.) — Traitement de la diphtérie par le borax, par NOEL. (*Revue de thérapeut.*, 1er septembre.)—Fumigations mercurielles dans la diphtérie, par CORBIN. (*New York med. Journ.*, p. 261, 10 mars.) — Du veratrum viride comme base de traitement de la diphtérie et observations cliniques à l'appui, par J. M. BOYD. (*New York med. Record.*, p. 627, juin.) — Sur le traitement de l'angine et de la laryngite diphtéritiques par la glace, par BLEYNIE. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, septembre.)—Le menthol contre la diphtérie nasale, par CHOLEWA. (*Therap. Monats.*, juin.) — Traitement local de la diphtérie par l'antipyrine, par BARATA RIBEIRO. (*Soc. de méd. de Rio-Janeiro*, 20 août.) — Remarques sur la nature et le traitement de la diphtérie par le sublimé, par ABR. JACOBI. (*Brit. med. journ.*, p. 649, sept.). — Les mérites comparatifs de la trachéotomie et du tubage laryngé dans le traitement du croup, par GAY. (*Amer. surg. Assoc.*, 20 septembre.) — Tubage naso-laryngé dans la diphtérie, par RIDGE. (*Brit. med. journ.*, 13 octobre.) — Huit cas de diphtérie laryngée, six trachéotomies, par MICHAEL. (*Maryland med. journ.*, 4 février.)

Dysenterie. — De quelques particularités symptomatiques de la dysenterie égyptienne, par BELLELI. (*Gaz. di Ospit.*, n° 49.) — Pathogénie de la dysenterie, par BELLELI. (*Ibid.*, n° 41.) — Contribution à l'étude de la dysenterie épidémique nostras, par ROUX FREYSSINENQ. (*Thèse de Montpellier*, n° 70.) — Régime lacté mixte et gradué dans le traitement de la diarrhée et de la dysenterie, par GUERCHET. (*Ibid.*, n° 64.) — De la dysenterie des jeunes chiens, par MATHIS. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 septembre.)

E

Eaux minérales. — Valeur thérapeutique des eaux minérales, discussion. (*Amer. climat. Assoc.*, 19 septembre.)—Notice sur les sources naturelles d'acide carbonique, par POSKIN. (In-8°, 42 p., *Bruxelles.*) — Sur la propriété qu'ont les eaux de Faching de dissoudre l'acide urique, par K. FRICKHINGER. (*Diss. Munich*, 1887.)—Les micro-organismes des eaux minérales, par E. FAZIO. (*La Riforma medica*, 4 septembre.) — De l'action des eaux thermo-minérales de Molitg-les-Bains sur la syphilis des femmes enceintes,

par Picon. (In-8°, 46 p., *Perpignan.*) — Notes et observations sur les eaux de Molitg-les-Bains, par Picon. (In-8°, 227 p., *Perpignan.*) — Les bains de boues de Marienbad, par H. Kisch. (*Lancet*, 5 mai.) — Les bains de Hammam Rihra (Algérie) dans le traitement du rhumatisme chronique et de la goutte, par Gibbons. (*Lancet*, 9 juin.) — Les eaux thermo-minérales d'Hammam-Lif et d'Hammam-Kourbis et de leurs applications aux maladies chroniques, par Bastide. (*Thèse de Bordeaux.*) — Mers et son eau minérale, par Crozat. (*Ibid.*) — Action de l'eau de Carlsbad sur les fonctions de l'estomac, par Sandberg et Ewald. (*Centr. f. d. med. Wissens.*, p. 337.) — Sur l'origine géologique des eaux de Saint-Honoré, par Odin. (Brochure, *Nevers.*) — Le caractère particulier des sources chaudes de Wildbad, par Theodor Renz (*Stuttgart.*) — Les procédés de cure à Aix-les-Bains, par E. Ringier. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juin et 1er juillet.) — Analyse des eaux minérales de Baireni et de Tazlau, par Poni. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, juin.)

Eclampsie. — Éclampsie chez une femme enceinte de 7 mois, accouchement prématuré, fœtus mort; guérison, par Bruyelle. (*Journ. sc. méd. Lille*, 28 sept.) — Éclampsie puerpérale, accouchement prématuré, par Wingfield Meadows. (*Lancet*, 14 juillet.)

Eczéma. — L'eczéma est-il contagieux? par Opie. (*Lancet*, 23 juin.) — Étiologie de l'eczéma, par Demateis. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Eczéma en genouillère du membre inférieur gauche consécutif à un choc, par Variot. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 juin.) — Traitement de l'eczéma, par Witherell. (*Lancet*, 2 juin.) — Traitement de l'eczéma par les alcalins, par F. Pearse. (*Ibid.*, 14 juillet.)

Électricité. — Contribution à l'étude physiologique des courants unipolaires, par R. Baroncelli. (*Thèse de Genève.*) — De l'action cumulative du courant galvanique, par Rockwell. (*New York med. Record*, p. 435, avril.) — Remarques sur l'endoscopie et la lumière électrique, par Reginald Harrison. (*Lancet*, 26 mai.) — Recherches sur les effets physiologiques des décharges de condensateurs, par Dubois. (*Berne.*) — De l'éclairage électrique dans ses rapports avec l'hygiène des habitations, par Sambuc. (*Rev. d'hyg.*, IX, p. 5.) — Nouvelle forme d'électrode abdominale, par Ely van de Warker. (*Med. news*, 14 juillet.) — Nouveaux appareils d'électricité statique et de leur emploi thérapeutique, par Eulenburg. (*Deut. med. Wochensch.*, n° 9.) — La cataphorèse électrique en thérapeutique, par Mariani. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 48.) — De l'action physiologique et thérapeutique des courants appliqués sur les parois de l'estomac, par Sansoni. (*Ibid.*, n° 73.) — L'électrothérapie des affections utérines, par Moritz Benedikt. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 597, 23 juillet.) — De l'électricité en gynécologie, par Bunts. (*New York med. Record.*, p. 61, juillet.) — Les nouvelles méthodes d'électrothérapie en chirurgie utérine, par Engelmann. (*Amer. gyn. Soc.*, 20 septembre.) — L'électricité en gynécologie, par Apostoli, réponse à Tait. (*Bull. méd.*, 18 novembre.) — Traitement des salpingites par l'électricité, par Apostoli. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, février.) — L'électricité appliquée au traitement des maladies utérines d'après la méthode d'Apostoli, par Kirmisson. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Les dangers de la galvano-puncture dans les tumeurs pelviennes, par van de Warker. (*Amer. gyn. Soc.*, 19 septembre.) — De l'emploi de l'électrolyse dans la pratique de la gynécologie, par Steavenson. (*Transact. of the obstet. Soc. of London*, vol. XXX, part. 3, juin-juillet.) — Note sur le coup de soleil électrique, par Defontaine. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 799-815.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis du pénis et du scrotum compliqué de phleg-

mon de la paroi abdominale, par Bardeleben. (*Berlin. klin. Wochensch.*, p. 595, 16 juillet.) — De l'éléphantiasis, par Arnozan. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 octobre.) — Éléphantiasis du prépuce chez un syphilitique, par Landau. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 mai.)

Embolie — Embolie de l'artère mésentérique supérieure, par Grawitz. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, CX, Heft 3.) — Embolie de l'artère fémorale droite dans le cours d'une endocardite suivie de gangrène et de mort, par Granjon Rozet. (*Loire méd.*, 15 juillet.)

Embryon. — Développement et origine du disque germinatif de l'oiseau (du mésoderme du disque germinatif de l'oiseau), par Jakob Zumstein. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Morphologie de l'œuf et du follicule, par Garnault. (*These de Bordeaux.*)

Empoisonnement. — Études toxicologiques avec observations cliniques d'empoisonnements aigus, par Huber. (*Zeits. f. klin. Med.*, XIV, p. 444-519.)— Injection d'une solution de cocaïne dans l'urètre; mort, par Sime. (*Med. news*, 11 juillet.) — Convulsions épileptiformes consécutives à l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local de l'urètre, par Stewart. (*Ibid.*, 18 août.) — Empoisonnement par la cocaïne, par Ricci. (*Deut. med. Woch.*, n° 41, 1887.) — Empoisonnement par le chlorhyd. de cocaïne, suivi de mort, par Montalti. (*Sperimentale*, septembre.) — Empoisonnement par la cocaïne en injections sous-cutanées, par Addinsell. (*Lancet*, 5 mai.) — De l'empoisonnement par la strychnine, par Tourdes et Lacassagne. (*Arch. de l'anth. crimin.*, septembre.) — Action de la température dans l'empoisonnement par la strychnine et par le curare; influence de la température sur la glycosurie, par G. Gaglio. (*La Riforma medica*, 24 et 25 août.)— Accidents causés par le contact du rhinus toxicodendron, par Planchon. (*Montpellier méd.*, juillet 1887.)—Empoisonnement par l'ésérine employée contre la chorée, par Ladderstaedt. (*Berlin. klin. Wochensc.*, 21 avril.) — Sur un cas d'œdème consécutif à l'absorption de l'antipyrine, par Grognol. (*Bull. de thérap.*, 1er août.) — Accidents de cyanose et collapsus par un gramme d'antipyrine chez une femme déjà habituée à ce médicament, par Rapin. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, 370, juin.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par Whitehouse et Santiago. (*New York med. Record.*, 3 décembre 1887.) — Des accidents produits par l'antipyrine, par Cordès. (*Soc. de méd. de Genève*, 15 sept.) — Empoisonnement par le camphre, par Brothers. (*New York med. Record.*, 10 décembre 1887.) — Empoisonnement par l'aconit, guérison, par Bernett. (*Ibid.*, 17 décembre 1887.) — Symptômes d'empoisonnement par l'æthusa cynapium, par Lugden. (*Lancet*, 7 juillet.) — Cas d'empoisonnement par l'ingestion de l' « Himrod's Powder », par Thorpe. (*Ibid.*, 19 mai.) — L'intoxication par le sublimé, par E. Kaufmann. (*Breslau.*)—Études sur la colite produite par l'intoxication par le sublimé, par Jadrykowski. (*Gazeta lekarska*, n° 21.) — Accouchement normal, huit injections vaginales avec la solution de sublimé au 1/2000 pendant les suites de couches; mort, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 mai 1887.) — De l'hydrargyrisme chez les femmes en couches, par Boxall. (*Transact. of the obstet. Soc. of London*, XXX, 5, juin-juillet.) — Intoxication mercurielle suivie de mort. consécutive à des injections de calomel, par Runeberg. (*Finska lakaresalls handlinger*, XXX, n° 10.)— Empoisonnement par le sublimé, par Lodge. (*Brit. med. journ.* 27 septembre.) — Empoisonnement suicide avec une demi-livre de vert de Schweinfurt, par Fürbringer. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 25, p. 511, 18 juin.) — Un cas de paralysie arsenicale avec des symptômes d'ataxie locomotrice, par F. Peterson. (*New York med. Record.*, p. 124, août.) —

Empoisonnement par le chromate de plomb, par Berthet. (*Lyon médical*, p. 302, 28 octobre.) — De l'intoxication arsenicale à propos des vins d'Hyères et de ses rapports avec l'acrodynie, par Roux-Seignore. (*Journ. de méd.*, 20 août.) — Empoisonnement par l'hydrate de chloral, par Coste. (*Thèse de Montpellier*, n° 53.) — Observation d'empoisonnement par le chlorate de potasse, par Hammer. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Suicide par le bichromate de potasse, par Stewart. (*Brit. med. journ.*, 25 août.) — De l'intoxication par les moules, par Dubrisay. (*Union médicale*, 22 septembre.) — Intoxication par le fromage de porc, accidents observés en Tunisie, par Schmit. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 293.) — Accidents toxiques dus aux sels d'étain causés par des fruits conservés dans des vases de ce métal, par Ledgwick. (*Lancet*, 9 juin.) — Empoisonnement par l'helvelle comestible dû à la formation d'une ptomaïne, par Demme. (*Berne.*)— Démonstration des effets du poison des moules, par Brieger. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 90, p. 408, 14 mai.) — Empoisonnement par l'acide cyanhydrique, par Carstary. (*Lancet*, 7 juillet.) — De l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, par Geppert. (*Zeits. f. klin. Med.*, XV, 3.)

Enfant. — Les enfants, comment les étudier, par Warner. (In-8°, *Londres*, 1887.) — La santé des enfants, physiologie et hygiène du premier âge, par Percy Dunn. (*Londres.*)— La santé des enfants, par Angel Money. (*Ibid.*) — Nos enfants, comment les garder en bonne santé, comment les soigner quand ils sont malades, par Robert Bell. (*Glasgow*, 1887.)— De la mortalité parisienne du premier âge; enfants de un jour à 2 ans; ses rapports avec la tuberculose, par Landouzy. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Quelques réflexions sur l'application de la loi Roussel, par Ledé. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 446.) — Recherches expérimentales sur la vitalité du fœtus, par Charpentier et Butte. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, août.)—Leçons sur les maladies des enfants, par E. Henoch. (4e édition, *Berlin*, 1889.) — De l'alimentation et de la dyspepsie des nourrissons, par E. Hagenbach-Burckhardt. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 7, p. 103, 1er avril.) — Recherches sur la partie solide des fèces et son contenu en azote en rapport avec l'alimentation et les différentes maladies de l'enfant, par Tschernoff. (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, XXVIII, 1.)— De l'alimentation artificielle des enfants, par M. Rotch. (*Soc. obstet. Boston*, 28 mai 1887.) — Du pronostic chez les enfants, par Simon. (*Gaz. des hôp.*, 25 sept.) — Les coryzas chez les petits enfants, diagnostic, complications, traitement, par Le Gendre. (*Rev. prat. d'obstét. et d'hyg. de l'enfance.*) — Traitement de la bronchite aiguë simple des enfants, par Pierron. (*Journ. de méd. de Paris*, 16 septembre.) — Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par des applications de glace, par Angel Money. (*Lancet*, 2 juin.) — L'asthme d'origine palustre chez les enfants, par Moncorvo. (*Rev. gén. de clin.*, 23 août.) — Symptômes, diagnostic et traitement de la pneumonie chez les enfants, par D. Phillips. (*New York med. Journ.*, p. 432. 21 avril.) — Spléno-pneumonie chez l'enfant, par Grancher. (*Bull. méd.*, 24 octobre.)— De la pleurésie purulente chez les enfants, par Tordeus. (*Clinique*, 23 août.) — La tuberculose chez l'enfant, traitement, par Jacobi. (*Arch. of pediat.*, oct.) — Hémophilie, enfant de 8 ans, par Lund. (*Clin. soc. Manchester*, 16 oct.) — De l'hystérie chez les enfants, par Mlle Goldspiegel. (*Thèse de Paris*, 31 octobre.) — Des convulsions chez les enfants du premier âge, par Deseille. (In-8°, *Paris.*) — Hémiplégie chez les enfants, par Tergrigoriantz. (*Thèse de Paris*, 26 octobre.) — De l'hémianopsie dans le jeune âge, par Freud. (*Wiener med. Wochens.*, n° 32.) — Trois cas de tuberculose infantile; un confirmatif de la doctrine des localisations cérébrales, par Ducamp. (*Montpellier méd.*, août.)—Les paralysies cérébrales des enfants, d'après 150 cas; leçons, par Osler. (*Med. news*, 14 juillet.)— De la paralysie

atrophique de l'enfance, par Kinniser. (*New York med. Record*, p. 295, mars.)—Fièvre rémittente chez un enfant de 33 mois, par Gibb. (*Glasgow med. journ.*, septembre.) — La maladie de Bright chez les enfants, par Jacobi. (*New York med. Record*, p. 363, février.) — De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant, par Rossignol. (*Thèse de Paris*, 26 oct.) — Diabète sucré chez un enfant de 13 mois, par Deane. (*New York med. Record*, p. 97, janvier.) — De l'entéro-colite des enfants, par Sherman. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 595, 12 mai.) — Notes sur le choléra infantile, par Mettler. (*Philad. med. Times*, n° 541, p. 745.)—Fièvre typhoïde dans le premier âge, par Desplats et Voiturez. (*Journ. sc. médic. de Lille*, 28 septembre.) — Rhumatisme aigu chez un enfant de 2 mois, par H. Leonard. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 32, 7 juillet.) — Rhumatisme aigu chez un enfant de onze jours, par A. Guthrie. (*Ibid.*, p. 746, 16 juin.) — Du rhumatisme chronique et de l'arthrite déformante chez l'enfant, par Wagner. (*München. med. Wochens.*, n° 12.) — Antisepsie chez les nouveau-nés, par Miller. (*Jahrb. f. Kinderheil.*, XXVIII, 2.) — Diverticules de l'urètre dans l'enfance, par Bokai. (*Ibid.*, XXVIII, 2.) — Nouvelle méthode de traitement de l'incontinence nocturne des enfants, contribution à l'étiologie de cette affection, par Reymond. (*Province médic.*, 6 oct.) — Quatre cas de litholapaxie chez des enfants, par Allen. (*Med. news*, 1er sept.) — Lithotritie chez un enfant de 3 ans et un de 11 ans, par H. H. Clutton. (*Lancet*, 16 juin.)— Lithotritie chez un enfant âgé de 12 ans, par Walther Pye. (*Ibid.*, 16 juin.) — Des tumeurs du médiastin chez les enfants, par Samuel Bollag. (*Thèse de Zurich*, 1887.) — Sarcome du médiastin chez un enfant de 15 mois, par Money. (*Path. soc. of London*, 6 novembre.) — Tumeurs de l'ovaire chez une enfant de 7 mois, par Doran. (*Ibid.*, 16 oct.) Cancer de la glande pituitaire observé chez un enfant, par Audry. (*Lyon médic.*, 16 septembre.) — Valeur des bains nutritifs (bains de bouillon) et des onctions d'huile chez les enfants, par Hopkins. (*New York med. Record*, p. 633, juin.) — De l'emploi des eaux minérales dans les maladies des enfants, par J. Lowry. (*Ibid.*, p. 149, août.)

Épidémie,— Loi suisse du 2 juillet 1888 sur les épidémies. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 56.)

Épilepsie. — Recherches sur le développement de l'épilepsie, par Francotte, (*Arch. de biol.*, VIII, 3 et 4.) — De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale, par Milier. (*Thèse de Paris*, 8 novembre.) — De l'origine centrale ou périphérique de l'aura épileptique, par Oliver. (*Lancet*, 21 avril.) — Observations sur les épileptiques à l'aide du sphygmomètre de Bloch, par Ch. Féré. (*Soc. de biol.*, 26 mai.) — Contribution à l'étude des phénomènes d'épuisement consécutifs aux accès d'épilepsie, par Féré. (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 avril.) — Observation sur la folie épileptique, par Finlay. (*Glasgow med. Journ.*, septembre.) — Epilepsie et asymétrie fronto-faciale, par Bourneville et Sollier. (*Progrès médical*, 8 septembre.) — Des troubles moteurs post-épileptiques, par Masson. (*Thèse de Lille*, 7 mars.) — Un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme, par Julius Pollak. (*Centralb. f. Nervenheilk.*, 1er janvier.)—Simple contribution à l'anatomie pathologique de l'épilepsie, par Hospital. (*Annales méd. psych.*, p. 21, juillet.) — Un cas d'épilepsie pneumonique chez un alcoolique, par Lemaire. (*Rev. de méd.*, oct.) — La mortalité dans l'épilepsie, par Worcester. (*New York med. Record*, p. 467, avril.) — Epilepsie traitée avec succès par la trépanation et l'excision du centre moteur, par Ferrier (*Amer. neurol. Soc.*, 18 septembre.)

Épithélioma. — Épithélioma développé sur une cicatrice de brûlure datant

de 50 ans, par LAGUAITE. (*Lyon méd.*, p. 537, 12 août.) — Du cylindrome, par THIÉRY. (*Thèse de Lille*, 25 janvier.) — Traitement des épithéliomas par le chlorate de potasse, deux succès, par LEMOINE. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 5 juillet.)

Érysipèle. — De l'action physiologique et toxique des produits de culture des streptocoques de l'érysipèle, par MANFREDI et TRAVERSA. (*Giorn. int. d. sc. med.*, X.)—La fièvre dans l'érysipèle, par QUEIROLO. (*Gaz. d. Ospit.* n° 72.)

Érythème. — Sur la nature de l'érythème noueux, par GUILLAND. (*Thèse de Bordeaux.*)— Diagnostic différentiel des fièvres éruptives proprement dites et des érythèmes polymorphes, par MOREL-LAVALLÉE. (*Union méd.*, 14 août.) — De l'érythème polymorphe infectieux, par DE LANGENHAGEN. (*Thèse de Nancy.*) — Un cas rare d'érythème polymorphe grave, par MAZZOTTI. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 3.)— De l'érythème polymorphe infectieux, par AUDRY. (*Ann. de Dermat.*, IX, n° 10.)

Estomac. — De l'examen des sécrétions gastriques au point de vue du diagnostic et du traitement, par FR. KINNICUT. (*New York med. Record.*, p. 598, juin.) — Recherches expérimentales sur les principes acides du suc gastrique et sur celui du suc intestinal, par POULET. (*Arch. de Physiol.*, 1er octobre.) — Recherches sur les microbes de l'estomac et leur action physiologique, par ABELOUS. (*Thèse de Montpellier*, n° 76.) —La dyspepsie des gens d'esprit, par JALVA. (*Rev. scientif.*, 18 août.) — De l'examen des liquides gastriques au point de vue de leur acidité; par BOURGET. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, p. 236, avril.) — A quel moment une substance dissoute injectée dans l'estomac ou sous la peau apparaît-elle dans le sang? par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*C. R. Soc. de biol.*, 28 juillet.) — De la valeur de la réaction colorée des acides libres de l'estomac, par SCHAEFFER. (*Zeits. f. klin. Med.*, XV, 1 et 2.) — Ulcère de l'estomac survenu dans l'état puerpéral, par AURIOL. (*Journ. de méd. de Paris*, 9 septembre.) — Dilatation simultanée de l'estomac et du duodénum, par DARAIGNEZ et LABOUYLE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er juillet.) — Sur le lavage de l'estomac dans le traitement de l'entérocolite chronique, par MAUREL. (*Bull. de thérap.*, 15 septembre.) — Du lavage électrique et de la faradisation intra-stomacale dans la dilatation d'estomac fonctionnelle, par BARADUC. (*Journ. de méd. de Paris*, 5 août.) — Symptômes et traitement de l'ulcère gastrique, par ORD. (*Semaine médic.*, 15 novembre.) — Un cas de mort par ulcère perforant de l'estomac, par MARIMO. (*Sperimentale*, février.) — Un cas d'hémorragie grave de l'estomac, par VAUGHAN. (*Med. news*, 21 juillet.) — Cancer de l'estomac et abcès ombilical, par DUCHENEAU. (*Lyon médic.*, p. 434, 22 juillet.) — Etude de la tuberculose de l'estomac, par SERAFINI. (*Ann. clin. dell' Ospit. di Incurabili*, nos 5-8.)— Vomissements chroniques, laparotomie, rupture d'adhérences entre la portion pylorique de l'estomac et le duodénum, réapparition des vomissements quelques mois plus tard, par LORETA. (*Gaz. d. Ospit.*, septembre.) — Squirrhe du pylore, rupture de l'estomac, mort dans le collapsus, par WEST. (*Lancet*, 5 mai.) — De la résection du pylore, par BENEDICT STREIT. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Sténose du pylore par pylorite hyperplastique, divulsion digitale incomplète, récidive, 2e divulsion, guérison, par CODIVILLA. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 78.)—Cancer du pylore; pylorectomie, par ANDERSON et BUCHANAN. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 24 février.)

Exanthème.— Dermatite tubéreuse due à l'absorption de préparations iodées, par NEVINS HYDE. (*Med. news*, 13 octobre.) — Gravité d'un eczéma phéniqué méconnu jusqu'à cicatrisation de la plaie, par DERODE. (*Bull. de thérap.*, 30 septembre.) — Eruption eczémateuse consécutive à une appli-

cation de teinture d'arnica, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er sept.) — Exanthème produit par la phénacétine, par VALENTIN. (*Therap. Monats.*, juillet.)

F

Ferment. — Recherches sur la physiologie et la morphologie des ferments alcooliques, par HANSEN. (*Meddelelser f. Carlsb. Laborat.*, II, 5.) — Dégagement d'acide carbonique par la levure anaérobie, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. biologie*, 28 avril.)—Recherches sur la respiration de la levure de grains à diverses températures, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Ibid.*, 28 avril.)

Fièvre. — Leçon sur la pathologie générale de la fièvre, par W. WELCH. (*N. York med. Record.*, p. 373, avril.) — De l'étiologie et de la pathologie de la fièvre en rapport avec les maladies et l'usage des antipyrétiques, par W. PORTER. (*N. York med. Record.*, p. 85, juillet.) — La fièvre catarrhale; ses causes, ses complications et ses conséquences, par SADLER. (*Lancet*, 15 juillet.) — Fièvre récurrente avec présence constante de spirochètes, par NAUNYN. (*Mittheil. aus der med. Klinik zu Königsberg*, p. 300.) — De l'existence de la fièvre à rechutes en Allemagne au XVIIIe siècle (épidémie de Minden 1771-1772, décrite par OPITZ), par MICHAEL LAPTSCHINSKY. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 juillet.) — Traité de pathologie et de thérapeutique spéciales de von Ziemssen. 3e édition. Tome II. Maladies infectieuses aiguës. 4e partie. La fièvre à rechutes, par M. J. ROSSBACH. (Leipzig.) — L'arrêt des sécrétions dans les fièvres éruptives, par BROWN. (*N. York county med. Assoc.*, 15 oct.)

Fièvre jaune. — Étiologie et traitement de la fièvre jaune, par GIBIER. (*Bull. méd.*, 5 août.) — La cocaïne contre les vomissements de la fièvre jaune, par JENNINGS. (*N. York med. Record.*, 26 nov. 1887.)

Fistule. — Diagnostic différentiel de la fistule dentaire située au-dessous de l'angle interne de l'orbite et de la fistule lacrymale, par SCHEFF. (*Wiener med. Woch.*, n° 12.) — Nouvelle opération pour le traitement des fistules vésico-utérines, par CHAMPNEYS. (*Obstet. Soc. of London*, 3 oct.) — Des fistules pyo-stercorales ; un cas de guérison par l'entérorraphie, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 4 août.)

Foie.—Études sur les maladies du foie, par HANOT et GILBERT. (In-8°, Paris.) — De l'ictère fébrile, par C. NAUWERCK. (Munich.) — L'ictère catarrhal et l'urologie de l'ictère, par CHÉRON. (*Union médicale*, 26 juillet.) — De l'insuffisance hépatique, par JEANSELME. (*Gaz. des hôp.*, 27 oct.) — Des complications et de la pathogénie de l'hépatite scléreuse, par PENNATO. (*Ann. univ. di med.*, août.) — Des variétés de cirrhose du foie, par Q. MUNRO SMITH. (*Brit. med. j.*, p. 1386, juin.) — Note au sujet de l'état actuel de la question des cirrhoses hépatiques, par GOLOUBOFF. (*Progrès médical*, 28 avril.) — Cirrhose du foie avec adénome. Ascite hémorragique, par BRUHL. (*Rev. de méd.*, oct.) — De la curabilité de l'ascite et de la cirrhose du foie, par DESHAYES. (*Gaz. hebd. de méd.*, 24 août.) — Cirrhose mixte du foie, par SCHMITT. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.) — Sur un cas rare de cirrhose atrophique du foie guérie, par A. BOCCANERA. (*Il Morgagni*, juillet.) — Hypertrophie amyloïde du foie causée par une suppuration nécrosique du tibia; amputation; guérison rapide, par SYMPSON. (*Lancet*, 2 juin.) — Dégénérescence graisseuse aiguë du foie, et spécialement des capillaires

hépatiques, produite chez les animaux à sang chaud par le bacille typhique et par les ptomaïnes, par A. Pavone. (*Il Progresso medico,* juin et juillet.) — De la nature de l'hépatite suppurée des pays chauds, par Kiener et Kelsch. (*Arch. gén. de méd.,* sept.) — Abcès du foie sans les signes habituels, par Dawson. (*Med. News,* 11 août.) — Deux cas d'abcès du foie des pays chauds; incision antiseptique; drainage; guérison, par Stevenson. (*Lancet,* 9 juin.) — De la règle à suivre dans les abcès du foie ouverts dans les bronches, par Morvan. (*Thèse de Bordeaux.*) — Recherches cliniques sur le cancer du foie, par Hans Siegrist. (*Thèse Zurich,* 1887.) — Observations sur le cancer primitif du foie, par V. Babès. (*Archives roumaines de médecine,* n° 6, p. 409.) — Etude clinique et médico-légale des contusions et ruptures du foie, par Percheron. (*Thèse de Lyon,* n° 428.) — Déchirure du foie avec vaste épanchement sanguin péritonéal ayant simulé un hémothorax droit, par Février et Chavier. (*Gaz. méd. de Paris,* 15 sept.) — Fistule hépato-pulmonaire; guérison, par Cattani. (*Gaz. med. ital. lomb.,* n° 31.) — Plaie par coup de feu du foie, avec fracture comminutive des 7e et 9e côtes; opération; guérison, par Frick. (*Philad. med. Times,* 1er mai.)

Forceps. — Les forceps à traction dans l'axe, par E. Bumm. (*Samml. klin. Vorträge,* n° 318.)

Foudre. — Un cas de fulguration avec guérison, par Paige; étude ophtalmologique et physiologique, par Buller et Mills. (*Med. News,* 11 août.) — De la fulguration. Histoire, étiologie, statistique, pathogénie et médecine légale des accidents déterminés par la foudre sur l'homme et les animaux, par Boellmann. (In-8°, 104 p., Paris.) — Deux cas de plaie par la foudre; guérison, par Cook et W. Boulting. (*Brit. med. j.,* p. 234, août.) — Parésie à la suite d'un choc électrique tellurique, par Onimus. (*Soc. biologie,* 26 mai.)

Fracture. — Conditions d'application du massage aux fractures, par J.-L. Championnière. (*Bull. méd.,* 3 oct.) — Technique du massage appliqué au traitement des fractures, par Lucas-Championnière. (*Rev. gén. de clin.,* 1er nov.) — Le traitement des fractures des membres par le massage, ses indications, par Lucas-Championnière. (*Rev. gén. de clin.,* 13 sept.) — Onze cas de fractures traitées par le massage à l'hôpital Philantropia, par Léonte et Nann. (*Arch. roumaines de méd.,* n° 4, janvier, p. 270.) — Du traitement des fractures sous-cutanées, des fractures intra- et péri-articulaires, par Oberst. (*Leipzig.*) — Sur deux cas de lésions nerveuses consécutives à des fractures, par Heydenreich. (*Bull. de la Soc. de chir.,* XIV, 252-256.) — Fractures compliquées du crâne et de la cuisse chez un mineur; guérison, par Bardeleben. (*Berlin. klin. Woch.,* p. 595, 16 juillet.) — Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par un nouvel appareil, par Claude Martin. (*Revue de chirurgie,* 1887, novembre, p. 881.) — Fracture de l'apophyse zygomatique de l'os temporal, par Arnold. (*Lancet,* 21 avril.) — Traitement des fractures de la clavicule par un appareil à compression directe, par Labrosse. (*Thèse Montpellier,* n° 81.) — Fracture de l'olécrane déterminant un rétrécissement de la grande cavité sigmoïde et s'opposant à la réduction d'une luxation du coude, par Lloyd. (*Lancet,* 5 mai.) — Fracture exceptionnelle de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Lewis A. Stimson. (*N. York med. journal,* 30 juin, p. 721.) — Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adolescents, par l'immobilisation en extension et en supination, par Berthomier. (3e *Congr. franç. de chir.* — Sur les fractures de l'épicondyle, par Charvot et Franchet. (*Arch. de méd. milit.,* nov.) — Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, par Delebarre. (*Thèse de Lille,* 14 janv.) — Obs. de fracture

simple du scaphoïde du carpe, par DE FORTUNET. (*Province méd.*, 7 juillet.) — Fracture du bassin et luxation sacro-iliaque, par LE FORT. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 351-352.) — Fracture intra-capsulaire non consolidée du col du fémur guérie par le raclage des fragments et l'introduction entre eux d'un faisceau de fils métalliques, par LORETA. (*La Riforma medica*, 14 août.) — Fractures douteuses du col du fémur. Leur identité avec une prétendue forme d'arthrite déformante, par STIMSON. (*N. York med. journ.*, p. 401, 14 mars.) — Fracture du col du fémur, vicieusement consolidée : rupture du cal. Résultat favorable, par K. CHUNDER BOSE. (*Indian med. gaz.*, février.) — Fracture de cuisse chez un ataxique; suppuration du foyer de la fracture; mort, par WALLICH. (*Archives de médecine*, mars.) — Suture des fragments dans une pseudarthrose du fémur, par WARREN. (*Boston med. journ.*, 17 mai.) — Fractures anciennes de la rotule, par BRUNNER. (*Deut. med. Woch.*, n° 20.)—Traitement opératoire de la fracture de la rotule, par CECI. (*Internat. j. of surg.*, avril.) — Fractures de la rotule, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôp.*, 2 oct.) — Fracture des 2 os de la jambe ; marche 12 jours après, par BOURGOUGNON. (*Gaz. des hôp.*, 18 oct.) — De l'emploi de l'hyponarthécie pour le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe avec menace de perforation de la peau, par PHILIPPE. (*Union médicale*, 8 sept.) — Etude comparative sur la fracture de Pott, par SUTTON. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.)

G

Gale.—Des diverses espèces de gale, par G. H. FOX. (*N. York med. Record.*, p. 494, mai.) — Des gales anormales, par HEEM. (*Thèse de Lille*, 17 mai.)

Gangrène. — Le bain d'Hebra dans le traitement du phagédénisme, par SMITH. (*Med. News*, 11 août.) — Une observation de gangrène spontanée symétrique des doigts de la main, par RADZISZEWSKI. (*Progrès médical*, 21 juillet.) — De la chaleur humide après les opérations pour gangrène sénile, par HEUEL. (*Internat. journ. of surgery*, avril.)—Gangrène des pieds d'origine nerveuse, par DE VIVILLE. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Deux cas de gangrène sèche à la suite de traumatisme, par GIRODE. (*Union médicale*, 14 juin.) —Quelques observations de gangrène gazeuse, par A. F. NEGRETTI. (*Thèse de Bordeaux*, 1887-88, n° 2.) — Gangrène spontanée foudroyante des organes génitaux externes chez un homme alcoolique, par OLTRAMARE. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 219, avril.) — Un cas de gangrène de la fosse ischio-rectale; guérison, par R. ABBE. (*N. York med. Record*, p. 294, mars.)

Génitaux (Org.). — Maladies chirurgicales des organes génito-urinaires, par E.-L. KEYS. (In-8°, 704 p., New-York.) — Comparaison entre les affections des organes génitaux internes de l'homme et de la femme, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 30 juin.) — Sur l'anatomie du pénis, par VON DÜRING. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 22.)— Quelques cas de rupture du prépuce dans le coït, par THOMALLA. (*Cent. f. Chir.*, n° 45.) — Epithélioma du pénis, par CLARK. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 6 avril.) — De la circoncision, étude critique du procédé traditionnel israélite et manuel opératoire, par ALEXIS. (In-8°, Paris.) — Extirpation totale du pénis, par PAQUIER. (*Thèse Montpellier*, n° 90.) — Amputation totale de la verge avec extirpation des ganglions inguinaux pour cancer; absence de récidive 2 ans après l'opération, par WIESMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 9, p. 288,

1er mai.) — Des ulcérations chroniques de la vulve, par LANDAU. (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 1.) — Des tumeurs mélaniques des organes génitaux de la femme, par HŒCKEL. (*Ibid.*, XXXII, 3.) — Vices de conformation des organes génitaux chez la femme, par KIDERLEN. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XV, 1.) — Un cas de blessure des organes génitaux externes chez une petite fille, par NORDMANN. (*Centr. für Gyn.*, 17 novembre.)—Du kraurosis vulvaire; par JANOVSKY. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 19.) — De l'épithélioma vulvaire, par MAUREL. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Des tumeurs liquides des grandes lèvres, par DUBAR. (*Thèse de Lille*, 9 janv.) — Un cas d'hydrocèle enkystée chez la femme, par HINTERSTEISSER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 12.) — Structure des organes génitaux d'un chien hypospade, par RETTERER et ROGER. (*Soc. biologie*, 23 juin.)

Géographie méd. — Topographie médicale du canton d'Ax, par FUGAIRON. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Sur quelques cas de coliques sèches observées sur la côte occidentale d'Afrique (région intertropicale), par GIBERYON. (*Thèse de Bordeaux.*) — Onze mois de séjour à Lang-Son, par DIACRE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à l'étude de la pathologie exotique. (Lymphadénites observées à Saint-Denis (Réunion), par PREUX. (*Thèse Montpellier*, n° 93.) — Considérations hygiéniques et pathologiques sur Pontanezen, par LESQUENDIEU. (*Thèse de Bordeaux.*)

Glande. — Sur les glandes vasculaires sanguines, par PAULIET. (*Thèse de Bordeaux.*)

Glaucome. — Tension intra-oculaire dans le glaucome, par DE METS. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, juin.) — Modifications de l'iridectomie dans certains cas de glaucome, par DEHENNE. (*Soc. d'opht. de Paris*, 6 nov.)

Goutte. — Névralgie goutteuse, par GURNEY CARRTILHERS. (*Lancet*, 30 juin.) — A propos d'un goutteux, symptômes rares de la goutte, par LIÉGEOIS. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.) — Goutte articulaire aiguë chez un enfant de 15 ans, par GAUCHER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 juin.)

Graisse. — La question de la résorption de la graisse, par TH. ZAWARYKIN. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, Bd. 40, p. 447.) — Contribution à la question de l'origine de la graisse cadavérique aux dépens de l'albumine, par K. B. LEHMANN. (*Sitzber. des phys. med. Gesellsch. zu Würsburg*, p. 19.)

Greffe. — Traitement des ulcères par les greffes cutanées, méthode de Thiersch, par JAMES BELL. (*Internat. journ. of surg.*, avril.)

Grossesse. — Sur le souffle gravidique extra-utérin, par TRACHET. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Recherches sur les modifications du sang pendant la grossesse, par PAUL MEYER. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Du col utérin à la fin de la grossesse, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, nov.) — La grossesse comme complication des maladies pelviennes, par HUNTER. (*Americ. gyn. Soc.*, 20 sept.) — Vomissements graves de la grossesse, par HEWITT. (*Americ. gyn. Soc.*, 19 sept.) — Des vomissements de la grossesse, par THEOPHIL JAFFÉ. (*Leipzig.*) — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par GUNTHER. (*Cent. f. Gynæk.*, 21 juillet.) — La grossesse et les interventions opératoires, par TIFFANY. (*Americ. surg. Assoc.*, 20 sept.) — Lésions du fœtus pendant la grossesse, par HIRST. (*N. York med. journ.*, p. 323, 24 mars.) — Hématome vulvaire du volume du poing dans la grossesse, par SWIEGICKI. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 31 août.) — Un cas de pneumonie chez une femme enceinte, avec rechute; accouchement prématuré; guérison; enfant né à 7 mois élevé à la couveuse, par VERLET.

(*Progrès médical*, 25 août.) — Un cas de superfœtation, par EDWARDS. (*N. York med. Record.*, p. 201, fév.) — De la mort du fœtus en cas de néphrite de la mère, par COHN. (*Berl. klin. Woch.*, 7 mai.) — Seconde grossesse à terme. Hydrocéphalie et spina bifida, par MABARET DU BASTY et VALLIÈRE. (*Progrès médical*, 28 juillet.) — Double poche des eaux et grossesse gémellaire, par AUVARD. (*Arch. de toc.*, sept.) — Difficulté de diagnostic dans un cas de grossesse gémellaire, par BASTAKI. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, juin.) — De la grossesse extra-utérine, par TOWNSEND, PRICE, etc. (*Assoc. of obstet. Washington*, 18 sept.) — Grossesse tubaire gauche avec lithopédion; perforation de la paroi abdominale au bout de 6 ans, par HANS HAMMER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 24, p. 494, 11 juin.) — Grossesse extra-utérine; mort, par MAC COLLOM. (*N. York med. journ.*, 26 mai.)—Le traitement de la grossesse extra-utérine, par JANVRIN. (*Americ. gyn. Soc.*, 20 sept.) — Traitement opératoire de la grossesse extra-utérine, par L. MEYER. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XV, 1.) — Le diagnostic précoce de la grossesse tubaire et son traitement par l'électricité, par HANKS. (*Americ. gyn. Soc.*, 20 sept.) — Sur les cas connus de grossesse tubaire traitée, avant la rupture, par la laparotomie et l'extraction, par JANVRIN. (*N. York med. journ.*, 28 avril.) — Grossesse extra-utérine; destruction du fœtus par le courant galvanique sans interruption, par BUCKMASTER. (*New York med. Record.*, p. 49, juillet.) — Deux cas de grossesse extra-utérine; laparotomie; guérison, par PENROSE. (*Obst. Soc. Philadelphia*, 8 juin.) — Traitement électrique de la grossesse extra-utérine, par BALDY. (*Obstet. Gaz.*, juin.) — Grossesse extra-utérine, embryon détruit par un courant de 20 milliampères, par BUCKMASTER. (*Med. News*, 21 juillet.) — Grossesses extra-utérines traitées par cystectomie ou cystotomie sans excision, par ROBERT P. HAWIS. (*Am. j. of the med. sc.*, sept., p. 262.)

Gymnastique. — Contributions au traitement mécanique par la gymnastique suédoise, par HERMANN NEBEL. (*Wiesbaden.*) — Le traitement gymnastique des affections abdominales féminines de Thure BRANDT; traduit du suédois par ALFRED RESCH. (Vienne.) — De la gymnastique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par J. RIDLON. (*N. York med. Record*, p. 7, juillet.)

Gynécologie. — Traité des opérations gynécologiques, par HOFMEIER. (In-8°, *Vienne.*)

H

Helminthes.—Les parasites de l'homme (animaux et végétaux), par MONIEZ. (In-8° *Paris*, 1889.) — De la filariose, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 22 août.) — De la filariose, par LACOMBE. (*Bull. méd.*, 9 septembre.) — Un cas de filaire hématique chez l'homme, par LANCEREAUX. (*Bull. de l'Académie de méd.*, 12 juin.) — Un cas de filaire de Médine, par VAN HARLINGEN. (*Americ. dermat. Assoc.*, 18 septembre.) — Deux cas de filaire de Médine observés en Roumanie, par SARCANI. (*Wiener med. Presse*, n° 7.) — Développement et propagation de l'ascaris mystax chez les tout jeunes chiens, par P. MÉGNIN. (*Soc. Biologie*, 28 juillet.) — A propos de l'épilepsie vermineuse, par BALLET. (*France méd.*, 21 fév.) — Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques, par DEVAUX. (*Prog. méd.*, 12 nov. 1887.) — Obser-

vations sur la myasis intestinale, par J. Chatin. (*Soc. Biologie,* 28 avril.) — Le strongle paradoxal chez l'homme, par J. Chatin. (*Bull. Acad. de méd.*, XIX, n° 15.) — Un cas de parasitisme de gordius adulte chez l'homme, par Cerruti et Camerano. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 6.)

Hémoglobinurie. — Pathogénie de l'hémoglobinurie, par Lépine. (*Lyon méd.*, p. 55, 9 septembre.) — Sur l'hémoglobinurie bactérienne du bœuf, par Babès. (*Acad. des Sc.*, 29 octobre.) — Un cas d'hémoglobinurie par le froid, par Germonig. (*Riv. veneta di sc. med.*, mai.) — De l'hémoglobinurie, par Prior. (*Münch. med. Woch.*, 24 juillet.) — Du diagnostic de l'hémoglobinurie, par Hayem. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juillet.) — Note sur l'hémoglobinurie, par Lépine. (*Ibid.*, 27 juillet.) — De l'hémoglobinurie. Pathogénie et traitement, par Robin. (*Ibid.*, 25 mai.) — Sur un cas de fièvre hémoglobinurique palustre, par Spyridon Canellis. (*Gaz. hebd. de méd.*, 11 mai.)

Hémorragie. — Des hémorragies en obstétrique et en gynécologie, causes et traitement, par Lomer. (*Samml. klin. Worträge*, n° 321.) — Hémorragie accidentelle pendant le travail, par S. P. Warren. (*Amer. Journ. ot. obst.*, octobre.) — Traitement des hémorragies post partum par la compression intra-utérine de l'aorte, par Séjournet. (*Ann. de gyn.*, octobre.) — Traitement des hémorragies post partum par le tamponnement intra-utérin, par Chazan. (*Centr. für Gyn.*, 8 sept.) — La syphilis dans la production des hémorragies, par Andronico. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 3.) — Du traitement des hémorragies par la révulsion sur la région hépatique, par Petit. (*Bull. de thérap.*, 15 juillet.)—Irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales contre les épistaxis graves : de l'emploi de l'éponge imbibée d'eau très chaude contre les bourrelets hémorroïdaux externes, accompagnés de contracture douloureuse du sphincter, par Alvin. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 19 juin.)

Hernie.— Des hernies inguinales interstitielles et cruro-propéritonéales, par Burci. (*Sperimentale*, août.) — Un cas de hernie inguinale, par Dutoit. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin.) — Plusieurs cas nouveaux d'étranglement herniaire, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 11 octobre.) — Quelques données sur la hernie crurale étranglée, par Verneuil. (*Ibid.*, 27 sept.) — Hernie inguinale étranglée, par Stretton. (*Lancet*, 21 avril.) — Hernie inguinale gauche (entéro-épiplocèle) d'origine traumatique, par Princeteau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 juin.) — Hernie inguinale étranglée sans douleur locale, par Julius Cœsar. (*Lancet*, 19 mai.) — Etat insolite de l'intestin dans une hernie inguinale, par Stenzel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 614, 23 juillet.) — Hernie abdominale traumatique, par G. Cramer. (*Friedrich's Blätter für gerichtl. Med.*) — Tumeur liquide développée après une kélotomie dans le canal inguinal, par Cornat père. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 366, juin.) — Oschéocèle chez un homme de 74 ans contenant la totalité du jejunum et de l'iléon, le cœcum, les côlons ascendant et transverse, la portion pylorique de l'estomac et une portion du duodénum, par Chiari. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 24, p. 494, 11 juin.) — Etranglement d'une hernie fémorale de Littre; entérectomie, guérison, par Lardy. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 436, 15 juillet.) — Un cas de hernie ombilicale congénitale opéré avec succès, par Eckerlein. (*Zeitschr. für. Geb. und. Gyn.*, XV, 2.) — Laparotomie pour hernie épigastrique de la ligne blanche, par Agostinelli. (*Raccoglit. med.*, n° 14.) — Hernie diaphragmatique traumatique, par Farwell. (*Lancet*, 30 juin.) — Traitement des hernies gangrenées, par Rosenberger. (*Wiener. klin. Woch.*,

n° 1.) — Hernie inguino-propéritonéale étranglée, herniolaparotomie, guérison, par Butz. (*St. Petersb. med. Woch.*, 29 septembre.) — 2 observations de cure radicale de hernies, par White. (*Med. News*, 28 juillet.) — Entérotomie circulaire et entérorraphie pour hernie gangrenée, par Crespi. (*Boll. d. clin. Milan*, septembre 1887.) — Résection circulaire de l'intestin grêle pour hernie inguinale gangrenée, par Postempski. (*Bull. accad. reale di Roma*, déc. 1887, janv. 1888.) — Procédé opératoire pour la cure radicale des hernies, par Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 366, juin.) — Notes cliniques sur la cure radicale des hernies abdominales, par G. Monaco. (*La Riforma medica*, 27 et 28 août.) — Trois cas de cure radicale pour hernie inguinale congénitale, par Terrillon. (*Bull. de thér.*, 15 sept.) — Cure radicale d'une hernie propéritonéale inguinale superficielle, par Sonnenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 615, 23 juillet.) — Cure radicale d'une hernie ombilicale par une laparotomie pratiquée pour une tumeur de l'ovaire, par Vladimiroff. (*Vratch*, n° 8.) — Hernie adombilicale étranglée, cure radicale, par Houzel. (*Gaz. des hôp.*, 22 nov.) — Funiculite aiguë consécutive à une cure radicale de hernie étranglée, par Moulanguet. (*Progrès médical*, 11 août.) — La cure radicale des hernies, par Dudley Allen. (*N. York med. record.*, p, 141, août.) — Deux cures radicales de hernies, par Pichevin. (*Gaz. des hôp.*, 23 octobre.)

Histologie. — La microphotographie appliquée à l'histologie, l'anatomie comparée et l'embryologie, par Francotte. (In-8°, *Bruxelles.*)— Coloration des tissus à l'état vivant, par Pilliet. (*Progrès médical*, 5 mai.) — De la réaction des fibres élastiques avec le nitrate d'argent et des résultats obtenus par Martinotti. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — La coloration des fibres élastique avec l'acide chromique et la safranine, par Ferria. (*Ibid.*, n° 7.) — Sur l'absorption des couleurs d'aniline par les cellules animales vivantes, par Martinotti. (*Ibid.*, n° 7.) — Recherches sur la coloration des figures karyokinétiques, par Resegotti. (*Ibid.*, n° 7.)

Hôpital. — Sur l'œuvre des hospices maritimes pour les enfants débiles, par Armaingaud. (*Rev. d'hyg.*, IX, p. 1049 et 1103.) — De la nécessité des hospices d'enfants trouvés, par G. Fischer. (*Iéna.*) — La consultation externe au point de vue du public, des étudiants et de l'administration hospitalière, par John Lindsay. (*Lancet*, 12 mai.) — Enquête sur les hôpitaux d'isolement en Europe, par Dubrisay et Napias. (*Revue d'hyg.*, X, p. 406.) — L'hôpital d'Aubervilliers et les hôpitaux d'isolement pour la variole. (*Gaz. hebd. de méd.*, 24 août.) — Des hôpitaux baraques russes et en particulier de l'hôpital Alexandre de Saint-Pétersbourg, par Dujardin-Beaumetz. (*Gaz. hebd. de méd.*, 16 novembre.) — Les nouvelles baraques de l'hôpital de la Charité de Berlin, destinées à l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 514, 18 juin.)

Hydatides. — De l'intoxication hydatique, par Achard. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Traitement des hydatides de l'abdomen, par Kamla. (*Inaug. Diss. Halle.*) — Laparotomie pour des hydatides du péritoine pendant la grossesse, par Rein. (*Jürnal Aküsherstva*, n° 2, 1887.) — Kyste hydatique du lobe hépatique gauche opéré avec succès en un seul temps, par Bardeleben. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 595, 16 juillet.) — Des kystes hydatiques du foie, par Demars. (*Thèse de Paris*, 7 nov.) — Note sur un kyste hydatique suppuré en connexion probable avec le foie, gastrotomie, guérison, par Daly. (*Lancet*, 19 mai.) — Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier, par Charrier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ex-

tirpation complète d'un kyste hydatique du foie : suture du tissu hépatique, guérison, par Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 juin.) — Un cas d'hydatides du rein droit, par Ruszczynski. (*Inaug. Diss. Greifswald.*) — Echinocoque du rein, néphrectomie, guérison, par Knie. (*St. Peters. med. Woch.*, 10 sept.) — 2 cas d'hydatides utérines, par Bray. (*Ontario med. Assoc.*, 14 juin.) — Kyste hydatique du cerveau, hémisphère gauche, par Weber. (*Pathol. Soc. of London*, 6 nov.) — Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire, par Massy. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 octobre.) — Kystes hydatiques des muscles des membres, par Rochet. (*Province méd.*, 7 juillet.)—Kyste hydatique des muscles de la cuisse droite, par Bardeleben; kyste hydatique siégeant sous les adducteurs fémoraux chez un enfant, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 595, 16 juillet.)

Hygiène. — Le congrès d'hygiène et de médecine publique de Francfort, par Raffalovich. (*Rev. scientif.*, 6 oct.) — Musée et laboratoire d'hygiène, par Proust. (*Progrès médical*, 26 mai.) — Parallèle entre l'organisation du service de l'hygiène publique à Bruxelles et à Anvers, par Ballieux. (*Bull. Soc. méd. Anvers*, août.) — De l'habitude et de ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique, par Linn. (*Thèse de Paris*, 19 juil.) — Les conditions sanitaires de Pavie, par Gazzaniga. (*Giorn. d. Soc. ital. d'igiene*, n° 7.) — La viabilité de Paris étudiée au point de vue de l'hygiène, par Du Mesnil. (*Ann. d'hyg.*, XVII, p. 247.) — Du sol de la ville de Lyon considéré au point de vue de l'hygiène, par Clément. (*Lyon méd.*, 22 juillet.) — Topographie et climatologie de la ville de Lyon, par E. Clément. (*Ibid.*, 23 sept.) — L'état sanitaire de la ville de Las Vegas, par F. Atkins. (*N. York med. record.*, p. 369, avril.) — Service sanitaire rural en Roumanie, par J. Elian. (*Archives roumaines de méd. et de chir.*, n° 6, p. 472.) — L'établissement national d'Indret. Étude d'hygiène et de pathologie professionnelles, par J. M. Pungier. (*Thèse de Bordeaux*, n° 33, 1887-1888.) — Quelques considérations sur l'hygiène des navires employés comme transports pour la Nouvelle-Calédonie, par E. F. Pinard. (*Ibid.*, n° 27, 1887-1888.) — Conditions qui tendent à rendre l'atmosphère d'une localité aseptique, par Whittaker. (*Med. News*, 6 oct.) — L'éducation physique de l'enfant, par Lagrange. (*Rev. scientif.*, 17 nov.) — La physiologie des exercices du corps, par F. Lagrange. (*Soc. de Biologie*, 9 juin.) — Surmenage intellectuel et sédentarité scolaire, par Lagneau. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 18 septembre.) — Situation hygiénique des ouvriers en Russie, par Mme Ikatcheff. (*Thèse de Montpellier*, n° 86.) — Expériences sur l'aération des locaux scolaire par le verre perforé, par Wallon. (*Rev. d'hyg.*, IX, p. 1037.) — Le service de l'éclairage à Paris, par Du Mesnil. (*Ann. d'hyg.*, XVIII, p. 458.) — Mesures photométriques dans les écoles primaires, par Cure et Imbert. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 8.) — De l'éclairage des ateliers et de son influence sur la vue, par Galezowski. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 620.) — Vapeur surchauffée et vapeur sous pression en hygiène, par Vinay. (*Lyon méd.*, 5 août.) — Appareil de stérilisation à vapeur pour laboratoires et cuisines, spécialement pour stériliser le lait et faire les conserves, par Hesse. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, p. 431.) — Rapport sur la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses pour les élèves des lycées, par Ollivier. (*Bull. Acad. de méd.*, XIX, n° 4.) — Les maisons mortuaires et de leur création dans les petites localités, par Swynghedauw. (*Thèse de Lille*, 1887.) — La prostitution au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France, par Reuss. (In-8°, *Paris*, 636, p. 1889.)—Prostitution et prophylaxie publique de la syphilis, par Pellizzari. (*Sperimentale*, janvier.) — Vingt-sixième rapport politique, administratif et clinique, sur la prostitution à Bologne en 1887, par Gamberini. (*Giorn. ital. per le mal. vener.*,

fasc. 2.) — Nouvelles falsifications du café, par PADÉ. (*Ann. d'hyg.*, XIX, p. 359.)

Hygroma. — Du traitement chirurgical des hygromas et de l'hygroma prérotulien en particulier, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 25 octobre.)

Hypnotisme. — Bibliographie de l'hypnotisme moderne, par DESSOIR. (In-8°, *Berlin.*) — Étude expérimentale de l'hypnotisme, par R. VON KRAFFT-EBING. (*Stuttgart.*) — Introduction à l'étude de l'hypnotisme et du magnétisme animal, par FERDINAND MAACK. (*Neuwied.*) — La suggestion à l'état de santé et dans les maladies, par BIANCHI. (*Sperimentale*, mars.) — Contribution aux applications thérapeutiques de l'hypnotisme, par ALBERT VON SCHRENCK-NOTZING. (*Leipzig.*) — Sur l'état de fascination déterminé chez l'homme à l'aide de surfaces brillantes en rotation, par LUYS. (*Acad. des Sc.*, 20 août.) — De la sollicitation des régions émotives par l'action de verres diversement colorés, par LUYS. (*Soc. de Biologie,* 16 juin.) — De la transmission à distance des émotions d'un sujet hypnotisé à un autre, par LUYS. (*Ibid.*, 23 juin.) — Procédés et instruments nouveaux pour obtenir le sommeil hypnotique, par LUYS. (*Ibid.*, 21 juillet.) — Remarques sur la suggestion hypnotique chez les hystériques, par SCHNELL. (*Marseille médical*, 30 août.) — Un nouvel état psychologique, par LIÉGEOIS. (*Revue de l'hypnotisme*, août.) — Les états profonds de l'hypnose, par DE ROCHAS. (*Ibid.*, août et septembre.)— Hypnotisme et suggestion, par FREUD. (*Wiener med. Blätter*, n° 38.) — De l'hypnotisme, par LUYS. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 7 août.) — De l'action contraire ou paradoxale des médicaments chez les nerveux, par BUROT. (*Revue de l'hypnotisme,* oct.) — Spasmes de l'urètre et troubles nerveux, guérison par l'hypnotisme, par MESNET et L. ROUX. (*Ibid.*, oct.) — Opération chirurgicale pratiquée pendant le sommeil hypnotique, par FORT. (*Bull. de thér.*, 15 août.) — L'hypnotisme comme agent thérapeutique, par PRESTON. (*Med. News*, 20 octobre.) — *Idem*, par HERTER. (*N. York. Acad. of med.*, 12 octobre.) — *Idem,* par COREY. (*Ibid.*) — Tremblement traité par la suggestion, par BIRDSALL. (*Ibid.*) — Six cas de traitement par le magnétisme animal, par MASON. (*Ibid.*)

Hystérie. — De l'hystérie chez le nègre, par PHILIP RAY. (*N. York med. Record,* p. 39, juillet, et *Encéphale*, n° 5.) — Épidémie d'hystérie à Albadia, par MAGNANI. (*Gaz. med. ital.*, sept.) — Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie, par TABARAND. (*Thèse de Paris*, 15 novembre.) — Neurasthénie et hystérie combinées, par A. MATHIEU. (*Progrès médical,* 28 juillet.) — L'homme hystérique, par MARQUÉZY. (*Bull. méd.,* 26 août.)— Deux cas d'hystérie chez des garçons, par DAVID LEES. (*Lancet*, 9 juin.) — Attaque unique d'hysteria major avec aura psychique, chez un garçon de 17 ans, par COSTILHES. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — Hystérie et diabète, par GRENIER. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Un cas de coma hystérique, par ELIZABETH PECK. (*N. York med. Record.*, p. 273, mars.) — Epistaxis et mutisme hystériques chez l'homme, par CRÉSANTIGUES. (*Journ. de méd.*, 18 août.) — Mutisme hystérique, par FAYE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 septembre.) — Deux cas de mutisme hystérique, par LAPPONI. (*Raccaglitore med.*, n° 10.) — Un cas de mutisme hystérique, par MUSMECI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 38.) — Symptômes fonctionnels oculaires dans l'hystérie, par GRIFFITH (*British. med. Journ.,* n° 1428, p. 1006.) — Cécité hystérique chez l'homme, 3 cas, par MOORE. (*Americ. opht. Soc.,* 18 juillet.) — Une forme de paraplégie hystérique chronique avec contracture, par ZENI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 35.) — Névroses vaso-motrices chez une hystéro-épileptique, par LOMBROSO et OTTOLENGHI. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 6.) — Deux cas d'hystérisme, par IMPACCIANTI. (*Sperimentale*, février.) — Des hyperal-

gésies hystériques, par PITRES. (*Rev. gén. de clin.*, 7 sept.) — Spasmes rythmiques localisés de nature hystérique, par VIZIOLI. (*Giorn. di neuropat.* n° 3.) — Appareil pour la compression de la tête dans les céphalées hystériques et épileptiques, par FÉRÉ. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 mai.) — Hystéro-épilepsie de 20 ans de durée, traitée par l'ablation des annexes utérins, par IMLACH. (*Brit. med. j.*, p. 740, avril.) — Traitement de la neurasthénie et de l'hystérie, par WALKER. (*Ontario. med. Assoc.*, 14 juin.) — Cas grave d'hystérie traité par le massage, la séquestration et la suralimentation, par DUTTON. (*Lancet*, 9 juin.)

I

Impétigo. — Le traitement prophylactique et antiseptique de l'impétigo, par ÉLOY. (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 août.) — Deux cas d'impétigo simples, par L. A. DUHRING. (*Amer. journ. of the med. sc.*, octobre, p. 374.)

Infection. — Infections et intoxications, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. méd.*, 14 oct.) — De l'auto-intoxication dans les maladies, par BROWN. (*Provincial med. journ.*, oct.) — Transmissibilité des germes infectieux par les déjections des mouches, par ALESSI. (*Arch. per le sc. med.*, XII, n° 3.) — Les maladies infectieuses chroniques et leur thérapeutique, par BOUCHARD. (*Trib. médicale*, 22 juillet.) — Sur les phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux, par BELOUS. (*Thèse de Lyon*, n° 424.) — De l'état actuel de la question de la pathologie des maladies infectieuses, par SAHLI. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 319. — Les points de vue modernes sur la pathologie des maladies infectieuses, par HERMANN SAHLI. (Leipzig.) — Mécanisme de l'immunité, par SCHILLER-TICTZ. (Oesterwieck.) — L'antisepsie et l'antipyrèse dans les maladies aiguës par infection, par CIMBALI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 75.)

Inflammation. — Des inflammations parenchymateuses, par KLEBS. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er fév.)

Injection. — Des injections intra-veineuses, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. de thérap.*, 24 oct.) — Effets des injections intra-veineuses de lait, par RAMOND. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les injections sous-cutanées de pilocarpine dans la thérapeutique oculaire, par STADERINI. (*Ann. di ottalm.*, n° 3.) — Opération d'ongle incarné; injection hypodermique de cocaïne, collapsus et gangrène, par JOHNSTON. (*Med. News*, 25 août.) — De la cocaïne en injections hypodermiques et de ses accidents, par HUGENSCHMIDT. (*Bull. méd.*, 9 sept.) — Des injections sous-cutanées d'antipyrine, insuccès, par WOSSIDIO. (*Berl. klin. Woch.*, 7 mai.) — Les injections de calomel à la tempe et la pénétration du mercure dans l'humeur aqueuse de l'œil, par RAMPOLDI. (*Ann. di ottalm.*, n° 3.) — Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales, par LABORDE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Intoxications par injection intra-utérine de sublimé, par TURGARD. (*Nouv. Arch. d'obst.*, avril.) — Des injections intra-utérines antiseptiques, par RUSCONI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 50.)

Insolation. — Papillite par coup de soleil, par ALLEMAN. (*N. York med. journ.*, 5 mai.)

Intestin. — L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 14 sept.) — Sur la formation de l'albumine de sérum

dans le tube intestinal, par Nadine Popoff. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Des inflammations de l'intestin, par Cornil. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 7 août.) — Quelques points relatifs à l'étiologie et la pathologie de la diarrhée estivale, par Rachford. (*Med. News*, 1er sept.) — Emploi de la naphtaline dans la diarrhée, 32 cas, par Wilcox. (*St-Louis med. journ.*, mars 1887.) — Le traitement de la diarrhée d'été au sanitarium T. Wilson, par Broker. (*Maryland med. journ.*, 14 juillet.) — Entéroptose post-puerpérale et traumatique avec néphroptose au 3e degré, par Faivre. (*Gaz. des hôp.*, 11 sept.) — Entéroptose traumatique, par Mollière. (*Gaz. des hôp.*, 4 sept.) — De l'ulcère simple du duodénum; étude à propos d'une observation, par W. Johnston. (*Amer. j. of the med. sc.*, p. 43, juillet.) — Mort de péritonite suraiguë suite d'ulcère perforant du duodénum, par Zacchi. (*Sperimentale,* sept.) — Deux cas d'ulcère perforant du duodénum, par Coats. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 6 avril.) — L'anus artificiel comme traitement de l'entérite ulcéreuse chronique, par Durante. (*Bol. Accad. med. Roma*, déc. 1887.) — Abcès périthyphlique suite d'inflammation de l'appendice cæcal; laparotomie; guérison, par J. Hoffman. (*Obstet. Soc. Philad.*, 8 juin.) — Typhlite et périthyphlite, par Raoult. (*Progrès médical,* 6 octobre.) — Le traitement chirurgical de la typhlite et de la périthyphlite; 17 cas, par Bull. (*Americ. surg. Assoc.,* 19 sept.) — Formes cliniques de la typhlite et de la périthyphlite, par Bull. (*Med. Soc. of London*, 5 nov.) — Plaies par armes à feu de l'intestin, par Bardeleben et R. Köhler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 594, 16 juillet.) — Rupture de l'intestin grêle; mort 3 semaines après, par Collier. (*Brit. med. journ.*, p. 422, 25 août.) — Rupture de l'intestin; suture de la plaie; mort, par Atkinson. (*Lancet*, 30 juin.) — Résection de 32 centimètres d'intestin grêle; guérison, par Janiszewski. (*Medycyna*, n° 20.)

Iode. — L'iode et les iodures, par G. Sée. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Sur l'iodisme chronique et ses relations avec les vésanies, par Gautier. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, p. 178.) — Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique, par Hallopeau. (*Union médicale*, 3 juillet.)

Iris. — Sur le muscle de l'iris de l'homme, par Ch. Debierre. (*Soc. biologie,* 21 avril.) — Mouvements de l'iris et dynamogénie sensorielle, par G. Jorissenne. (*Soc. de biologie*, 19 mai.) — Anomalies congénitales de développement de l'iris; polychorée, par Baudry. (*Soc. d'opht. de Paris*, 6 nov.) — Contribution à l'étude du mouvement des liquides au niveau de l'iris, par Verdèse. (*Ann. d'ophtalm.*, XVII, f. 1., p. 81.) — De l'iritis blennorragique, par Despagnet. (*Recueil d'ophtalm.,* n° 5, p. 261.) — Un cas de tuberculose de l'iris, par Fuchs. (*Wiener klin. Woch.,* p. 224.) — Deux cas de mélano-sarcome de l'iris, par Fuchs. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 nov. 1887.) — Double iridérémie congénitale, par Theobald. (*Americ. opht. Soc.*, 19 juillet.)

L

Lacrymales (Voies). — Conjonctive et voies lacrymales; leurs affections, par Galezowski. (*Progrès médical*, 9 juin.) — Contribution à la pathogénie des voies lacrymales, par Venneman. (*Rev. méd. de Louvain,* avril) — La réaction chimique des larmes à l'état normal et pathologique, par Brugnatelli et Faravelli. (*Ann. di Ophtalm.*, n° 3.)

Ladrerie. — Note sur un cas de ladrerie chez l'homme, par Millard. (*Soc. méd. des hôpit.*, 8 juin.)

Lait. — Le lait contient-il des éléments anatomiques de l'organisation et les globules laiteux sont-ils au nombre de ces éléments, par Béchamp. (*Acad. des Sciences*, 12 novembre.)

Langue.— Un cas d'herpès lingual après un ictère catarrhal, par Vacchetti. (*Giorn. med. del R. esercito*, juin.) — Ulcère tuberculeux et psoriasis de la langue, par H. Thompson. (*Brit. med. journ.*, p. 664, septembre.)— Excision de la langue, mort de tuberculose miliaire (tuberculose de la langue), par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 22 juin.)— Leucome de la langue, par Logan. (*Liverpool med. chir. Journ.*, juillet.) — Epithelioma de la langue du pilier et de l'amygdale, par Trélat. (*Gaz. des hôpit.*, 25 oct.)— Kyste dermoïde de la langue, par Green. (*Clin. soc. of London*, 26 oct.) — Epithelioma de la langue, compression de l'artère linguale, extirpation, guérison, par Lockwood. (*Brit. med. journ.*, p. 991, 3 novembre.) — Cancer de la langue. Principales méthodes d'ablation, par Jacobson. (*Amer. j. of the med. sc.*, p. 232, septembre.) — Traitement chirurgical du cancer de la langue, nécessité d'une antisepsie buccale rigoureuse avant l'opération, par Kirmisson. (*Bull. méd.*, 12 septembre.) — Deux cas d'ablation totale de la langue pour un épithélioma, guérison, par Christopher Heath. (*L ancet* 23 juin.)

Laparotomie. — De l'incision exploratrice des parois abdominales, par Snéguireff. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — L'histoire de la laparotomie dans le district d'Albany, par Van der Veer. (*Ann. of surgery*, mai.) — De la laparotomie dans les blessures intrapéritonéales, par William Cormac (*Leipzig.*)— Statistique de 79 laparotomies faites en 1886, par Gill Wylie. (*New York med. Record*, p. 345, mars.) — Douze cas de laparotomie pour maladie des annexes de l'utérus, par Brewis. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — Un cas de vaste hématome extra-péritonéal suppuré, guéri par la lapatomie, par W. Seymour. (*Amer. journ. of obst.*, septembre.) — Cinq laparotomies successives, par Harsha. (*Ibid.*, septembre.) — Six laparotomies pour tumeurs abdominales, par Fasola. (*Ann. di ost. e gin.*, août.)

Larynx. — Du développement des muscles du larynx, par Strazza. (*Med. Jahrb. Vienne*, n° 4.) — Démonstration de quelques muscles hyo-épiglottiques du larynx, par Macintyre. (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. j.*, 15 sept.) — Nouvelles recherches sur l'existence d'un centre moteur pour le larynx, par Delavan. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.) — Effets des stimulations à degrés variables sur le nerf récurrent, par Hooper. (*New York med. journ.*, 3 novembre.) — Nouvelle théorie de la voix humaine, par Moura. (*Arch. de laryng.*, juin.) — Etude sur la voix humaine, par Guillemin. (*Thèse de Lyon*, n° 431.) — La chirurgie du larynx et de la trachée, par Carl Bitteter. (*Thèse de Zurich.*) — Maladies du larynx, laryngoscopie et technique thérapeutique locale, par Gottstein, traduction française de Rougier. (In-8°, *Paris.*) — Le traitement de la voix de fausset, par Mulhall. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.)—Des affections du larynx dues aux lésions organiques du système nerveux central, par Gottstein. (In-8°, *Breslau.*) — Quelques cas de névrose laryngée, par Jacob. (*Brit. Assoc.; Brit. med. journ.*, 15 septembre.) — Toux spasmodique coqueluchoïde, guérison par une pulvérisation de chlorure de méthyle, par Garel. (*Ann. des maladies de l'oreille*, août.) — Parésie laryngée des chanteurs, par J. Solis Cohen. (*Med. news*, 6 octobre.) — Une cause d'altération de la voix dans le chant, par Trifiletti. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) — Epiglottite aiguë, question de nomenclature, par Hunt. (*Brit. Assoc.*, *Brit med. journ.*, 15 septembre.)— Paralysie complète des cordes vocales, consécutive à une laryngite aiguë, guérison, par Percy Kidd. (*Ibid.*, p. 1061.

mai.) — Œdème aigu de la région sous-glottique et du pharynx inférieur chez un diabétique, par Moure. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.) — Traitement de quelques formes de laryngite chronique, par Sajous. (*Ibid.*, 18 septembre.) — Deux cas de paralysie unilatérale de l'adducteur du larynx, suite d'irritation nasale, par Stewart. (*Lancet*, 13 octobre.) — Pathologie des dilatateurs de la glotte, par Aronsohn. (*Deut. med. Woch.*, n° 26, p. 524.) — Réflexions sur le traitement chirurgical de la laryngite pseudo-membraneuse, par Rushmore. (*N. York med. journ.*, p. 541, 10 mai.) — De la ventriloquie, par Berchorner. (*Jahrb. d. Ges. f. Natur u. Heilk.*, *Dresden*, 1887-88.) — Périchondrite du larynx, trachéotomie, guérison, par Hollinshead. (*Lancet*, 9 juin.) — De l'antipyrine dans la laryngite striduleuse, par Perceval. (*Ibid.*, 17 novembre.) — Sur quelques cas bénins de tuberculose laryngée, par Schleicher. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, juin.) —Signification de l'enrouement et de l'aphonie dans la phtisie pulmonaire, par Barcley Baron. (*Bristol med. chir. Journ.*, mars.) — Diagnostic de la périchondrite laryngée tuberculeuse et cancéreuse, par Hajek. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 9.) — Des sulfureux dans la tuberculose laryngée, par Guinier. (*Rev. de laryngol.*, septembre.) — Traitement local de la phtisie laryngée, par Middlemass Hunt. (*Liverpool med. chir. Journ.*, juillet.) — Résidence à de hautes altitudes comme traitement de la phtisie laryngée, par Wagner. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.) — Rétrécissement du larynx par cicatrice étendue due à une tuberculose ulcéreuse, par J. Solis Cohen. (*Ibid.*, 18 septembre.) — Deux cas de rétrécissement laryngien par ankylose des aryténoïdes à la suite d'une fièvre typhoïde, par Louis Secretan. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 378, 17 juin, et *Rev. médic. de la Suisse romande*, VIII, 354, juin.) — Deux cas de sténose laryngée complète suite de plaies, tentatives de suicide, par Newman. (*Brit. med. Assoc.*, *Brit. med. journ.*, 15 septembre.) — Sténose chronique sous-glottique traitée par la dilatation, par Donaldson. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.) — Sténose du larynx et de la trachée, par Seiler. (*Ibid.*) — Dilatation des rétrécissements du larynx, par Dessar. (*Intern. journ. of surgery*, avril.) — Lupus des voies respiratoires supérieures, petites tumeurs lupoïdes du larynx, par Spicer. (*Brit. Assoc.*, *Brit. med. journ.*, 15 septembre.) — Un cas de syphilide gommeuse du larynx, par S. Marano. (*Il Morgagni*, juillet.) — Tumeur syphilitique du larynx, cancer du larynx, par Schleicher. (*Ann. soc. méd. d'Anvers*, septembre.) — Traitement des manifestations gommeuses du larynx par les injections intra-musculaires de calomel, par Massini. (*Gaz. di Ospit.*, n° 49.) — Polypes du larynx, par Hunt. (*Liverpool med. chir. Journ.*, janvier.) — Contribution à l'anatomie normale et pathologique des cordes vocales, tumeurs kystiques, appareil glanduleux, par Desvernine. (In-4°, *Havane*.) — Papillome du larynx, par Gemmell. (*Glasgow med. Journ.*, mars.) — Papillome laryngé chez un enfant, par Langmaid. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 sept.) — Angiome du larynx, par Glasgow. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.) — Des angiomes du larynx, par Wolfenden. (*Journ. of laryng.*, août.) — Un cas de myxome du larynx, par Thompson. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 16 juin.) — Extirpation du larynx d'une tumeur datant de 25 ans, par Todd. (*Saint-Louis Courier of med.*, janv.) — Trois cas de tumeurs sous-glottiques et trachéales extirpées par la voie intra-laryngée, par Grazzi. (*Raccoglitore med.*, n° 16.) — Trois tumeurs sous-épiglottiques (kyste de la paroi postérieure pharyngée, papillome pharyngien, chondrome de l'épiglotte), par W. Porter (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 85, 21 juillet.) — Kyste du larynx siégeant sur la corde vocale inférieure chez un enfant atteint de cancer du tissu inférieur de l'œsophage, par Desvernine. (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, mars.) — Extirpation par la méthode intra-laryngée de tumeurs des cordes

vocales, par H. Mackenzie. (*Edinb. med. Journ.*, juillet.) — Epithélioma du larynx ; mort par rupture d'un abcès, par Bannerman. (*Brit. med. journ.*, p. 668, septembre.) — Epithélioma intra-laryngé, trachéotomie faite comme opération préliminaire avant la thyrotomie, pneumonie aiguë, mort, par Ruault. (*Arch. de laryng.*, juin.) — Des tumeurs malignes des voies aériennes supérieures, par H. Mackenzie. (*Journ. of Laryng.*, août.) — Pathologie du cancer du larynx, par Hyndman. (*Cincinnati Lancet and Clinic.* 23 juin.) — La maladie de l'empereur Frédéric, par Baratoux. (*Progrès médical*, août.) — *Idem*, traduction des rapports officiels des médecins allemands, par Luc. (In-8°, *Paris.*) — La dernière maladie de Frédéric le Noble, par Morell Mackenzie. (In-8°, *Paris.*)— La maladie de l'empereur Frédéric d'après les rapports officiels de Bardeleben, Bergmann, etc. (In-8°, *Paris.*)—De l'usage et de l'abus du traitement local dans les maladies des voies aériennes supérieures, par Havilland Hall. (*Brit. Assoc.*, *Brit. med. journ.*, 15 septembre.) — *Idem*, par Stoker. (*Ibid.*) — Thérapeutique des voies aériennes supérieures, par Schmaltz. (*Jahrb. d. Gessel. f. Nat. u. Heilk. Dresden*, 1887-88.)—Tubage du larynx dans le croup, par D'Heilly. (*Soc. méd. des hôpit.*, 27 avril.) — Deux cas de tubage du larynx, mort, par Humrichouse. (*Maryland med. journ.*, 10 mars.) — Sept cas de tubage du larynx, 6 morts, par Chambers. (*Ibid.*, 4 février.) — Tubage du larynx, par Damforth. (*Northwestern Lancet*, n° 10.) — *Idem*, par Abbott. (*Ibid.*) — Tubage du larynx, par Eichberg. (*Cincinnati Lancet and Clinic* 3 mars.) — Tubage ou trachéotomie, par Jones. (*Philad. med. Register*, 25 fév.) — Œdème aigu de la glotte, tubage, guérison, par Meier. (*New York med. Record*, p. 499, mai.) — Le tubage du larynx, par F. Waxham. (*Brit. med. journ.*, p. 716, septembre.) — Note sur le tubage du larynx, par Thomas. (*Rev. médic. de la Suisse romande*, VIII, 337, juin.) — Dix cas de tubage du larynx, par Pinkham. (*New York med. journ.*, 17 mars.) — Tubage du larynx, asphyxie par obstruction du tube, par Deming. (*New York med. Record*, p. 198, février.)— Erysipèle du larynx, tubage, laryngotomie, par Merrigan. (*Ibid.*, 6 octobre.)— Implantation d'une aiguille dans la corde vocale gauche, par Roques y Casadessus. (*El Siglo med.*, 19 août.)— Corps étranger du larynx, par Clark. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 12 octobre.) — Trachéotomie pour corps étranger du larynx, par Reggiani. (*Gaz. d. Osp.*, n° 43.) — Extirpation partielle du larynx, par Küster. (*Soc. de méd. de Berlin*, 31 octobre.) — Laryngectomie, par Gardner, de Melbourne. (*Med. Presse*, 25 juillet.) — Le massage du larynx, par Averbeck. (*Berlin.*) — Instrument pour ouvrir le larynx sans incision primordiale de la peau, par Holden. (*Amer. laryng. Assoc.*, 18 septembre.) — Modification aux pinces pour l'extirpation des tumeurs laryngées, par Grazzi. (*Boll. d. mal. delle gola*, VI, n° 5.) — Nouvelle électrode double du larynx avec courant interrompu et renversement du courant, par Grümwald. (*München. med. Woc.*, 28 août,)

Lèpre.—Considérations sur la lèpre et son influence dans la pathogénie des maladies des voies respiratoires, par Tiberio d'Almeida. (Brochure *Rio de Janeiro.*) — De la diffusion de la lèpre en Russie, par Petersen. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 20.) — 43 cas de lèpre à Saint-Pétersbourg, par Petersen. (*Vratch*, 15 septembre.) — De la lèpre en Italie et particulièrement en Sicile, par Ferrari. (In-8°, 120 p., *Catane.*) — Léproserie de la Désirade (Antilles, considérations pratiques sur la lèpre) par Lacaze (*Journ. de méd. de Paris*, 2 septembre.) — La discussion de la contagiosité de la lèpre à l'Académie de médecine, par Brocq. (*Ann. de Dermat.*, IX, n°s 8 et 9.) — Mémoire concernant la forme tuberculeuse des manifestions oculaires de la lèpre, par Poncet (de Cluny). (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 5 juin.)

Lipome. — Du pseudo-lipome de la région sus-claviculaire, par Albertin. (*Province médicale,* 21 juillet.) — Lipome de la cuisse, par Decomble. (*Journ. sc. médic. de Lille*, 17 août.) — Un cas de crétinisme sporadique avec pseudo-lipome symétrique sus-claviculaire, par Arnozan et Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 août.)

Locomotion.—Décomposition des phases d'un mouvement au moyen d'images photographiques successives recueillies sur une bande de papier humide qui se déroule, par Marey. (*Acad. des sciences*, 29 octobre.) — Les oscillations du corps dans la marche, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, mars.) — De la claudication par douleur, par Marey. (*Acad. des sciences*, 22 oct.) — Recherches expérimentales sur la locomotion du poisson, par Corblin. (*Arch. de Physiol.*, 15 février.)

Lupus. — Remarques sur un cas de lupus de la gorge, par Lennox Browne. (*Med. Presse and Circular*, 18 avril.)— Lupus des voies respiratoires supérieures avec intégrité de la peau, par Luc. (*Arch. de laryngol.*, 15 sept.) — Nature des variétés atypiques du lupus vulgaire, par Leloir. (*Ann. de Dermat.*, IX, n° 10.) — Anatomie du lupus des muqueuses, par Breda. (*Riv. veneta di sc. med.*, juillet.)—Liqueur de soude éthylée dans le traitement du lupus, par Taylor. (*Brit. med. journ.*, 6 octobre.)

Luxation.— Luxation de l'épaule sans déchirure de la capsule, par C. Evill. (*Pathol. soc. of London*, 20 novembre.)—Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de l'épaule, par Nélaton. (*Arch. génér. de médecine*, octobre.) — Luxation coracoïdienne de l'épaule, mort 17 heures après la réduction sans anesthésie, par Pollosson. (*Lyon méd.*, p. 603, 26 mars.) — Luxation sans traumatisme appréciable des deux épaules à trois jours d'intervalle, réduction après 8 semaines, guérison, par Le Fort. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 54-62.) — Luxation ancienne de l'épaule (3 mois), réduction par les manœuvres manuelles, par Després. (*Gaz. des hôpit.*, 30 août.) — Méthode de réduction des luxations de l'épaule, par Abril. (*El Genio. med. quir.*, 31 octobre 1887.) — Luxation compliquée du coude, par A. Koehler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 614, 23 juillet.) — Luxation du coude en dedans, par Després. (*Bull. d. la Soc. de chir.*, XIV, 188-190.)— Arrêt de développement du radius consécutif à un traumatisme, luxation de la tête du cubitus, par Brown. (*Lancet*, 17 mars.) — De la luxation trapézo-métacarpienne incomplète, par Waton. (*Thèse de Lyon*, n° 429.) — Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière, rendue complète par des manœuvres intempestives et réduite par des tractions prolongées suivies de rotation, par Van Beulaere. (*Journ. sc. méd. de Lille*, 13 juillet.) — Luxation traumatique de la hanche chez l'adulte, mécanisme et procédé de réduction, par Voituriez. (*Ibid.*, 24 août.) — Luxation iliaque traumatique, déchirure de la capsule en bas, par Paci. (*Sperimentale*, janvier.) —Deux cas de luxation traumatique du genou, par Triaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cas de luxation sous-astragalienne, par Bardeleben. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 505, 16 juillet.) — Luxation tarso-métartasienne, par Favier. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Luxation de la sixième vertèbre cervicale en avant, mort, par Princeteau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin.)

Lymphatique — Ectasie du système lymphatique, par Th. Anger. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 305-396.)—Traitement des bubons inguinaux, par de Santi. (*Giorn. med. del R. esercito*, août.)— Enucléation des ganglions strumeux, par Orefice. (*Raccoglitore med.*, n° 8.) —De l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds, par Guérin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lymphangiome de la cuisse opéré et guéri, par Nélaton. (*Bull. de la Soc. de*

chir., XIII, p. 106-201.) — Tumeur maligne primitive des ganglions inguinaux, par CHABRELY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 octobre.) — Lymphadénomes multiples de la région du cou, par DENNETIÈRES. (*Journ. sc. méd. de Lille*, 6 juillet.)

M

Main. — Doigts et orteils surnuméraires, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, oct.) — Restauration fonctionnelle du pouce, par HANOTTE. (*Thèse de Lyon*, n° 422.) — Plaie de la paume de la main gauche. Sections tendineuses et artérielles, par BOUSQUET. (*Bull. de la soc. de chir.*, XIV, p. 368-373.) — Plaie de la main par une balle de fusil, par THORP. (*Lancet*, 9 juin.) — Epithélioma du dos de la main gauche. Amputation de l'avant-bras au tiers inférieur. Ablation de ganglions axillaires. Guérison, par PRINCETEAU. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juin.)

Mal de mer. — Le mal de mer, par RIESE. (in-8°, *Leipsig.*) — Influence du balancement sur les mouvements de la respiration et sur la position des viscères, par DASTRE et PAMPOUKIS. (*Arch. de physiol.*, 1er octobre.)

Maladies prof. — D'une forme d'anémie propre aux chauffeurs, par PENNATO. (*Giorn. d. Soc. ital. d'igiene*, n° 8.) — De l'eczéma des fileurs et varouleurs de lin, par LEFEBVRE. (*Thèse de Lille*, 14 avril.) — Phtisie des repasseurs, par CANEDY. (*Boston med. journ.*, 1er sept. 1887.) — Crampe des ouvriers cigariers, par WAITZFELDEL. (*N. York med. Record*, p. 22, janvier.)

Malformation. — Un cas de malformation rare, par MEKUS. (*Centr. für Gyn.*, 20 oct.) — Malformation rare congénitale des mains, par PERCY POTTER. (*The Lancet*, p. 978, 19 mai.) — Malformations des membres chez un nouveau-né, par BRAUNECK. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XV, 1.) — Malformations congénitales. Troubles trophiques de l'ainhum et des amputations congénitales, par HORTELOUP. (*Bull. de la soc. de chir.*, XIII, p. 578-585.) — Enfant mâle à terme. Céphalématome frontal. Bec-de-lièvre unilatéral complet. Hémimèle thoracique droit, par MABARET DU BASTY. (*Progrès médical*, 6 octobre.) — De la brachydactylie, par DERODE. (*Thèse de Lille*, 8 août.) — Malformations multiples chez un enfant de 10 ans (palmure entre cuisse et jambe; absence de rotule; pied bot d'un côté, ectrodactylie et syndactylie; appendice caudiforme, etc.), par JULIUS WOLFF. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 313, 23 avril.) — Macrophtalmie, microglossie et division congénitale du palais chez un enfant de 8 jours, par PIERING. (*Ibid.*, p. 554, 2 juillet.) — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'hermaphrodisme humain, par OBOLONSKY. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, p. 211.) — Un cas d'absence totale de l'utérus et du vagin, par KLEIN. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai.)

Mamelle. — Sur l'atrophie consécutive à l'inactivité de la glande mammaire chez la femme, par REINHOLD. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2.) — Deux faits de montée de lait dans les restes d'un sein enlevé, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, août.) — Absence complète de mamelles chez une femme de 21 ans, par WYLIE. (*Brit. med. j.*, p. 236, août.) — Hypertrophie douloureuse des mamelles chez l'homme, par LAURENT. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 juillet.) — Extirpation des tumeurs du sein et des ganglions axillaires, par KIRMISSON. (*Bull. méd.*, 29 août.) — Septicémie d'origine mammaire, par AUVARD. (*Union médicale*, 19 juillet.) — Sur un cas de tuberculose mammaire, par CAMPENON. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Du diagnostic des tumeurs liquides

de la mamelle, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 16 août.) — Volumineuse tumeur kystique du sein, par GUERMONPREZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 27 juillet.) — Cancer du sein et cancers consécutifs du sacrum et du foie, par MAGRUDER. (*Journal of amer. assoc.*, p. 519, 28 avril.) — Leçon clinique sur le cancer du sein, par MACNAMARA. (*Brit. med. j.*, p. 1046, mai.) — Cancer du sein et ganglions axillaires, par TRÉLAT. (*Bull. méd.*, 22 août.) — Squirrhe du sein gauche. Noyaux multiples dans le foie. Mort, par PRINCETEAU. (*Journ. de médec. de Bordeaux*, 9 septembre.)

Massage. — Le massage en neuropathologie, par A. BUM. (*Vienne.*) — Du massage, par ABR. COLLES. (*Brit. med. j.*, p. 175, juillet.) — Le massage considéré comme un agent curatif, par GERALD GARRY. (*Lancet*, 12 mai.) — Le massage en gynécologie, par SEIFERT. (*Stuttgart.*) — Le massage dans le traitement de certaines amyotrophies d'origine articulaire, par BERNE. (*Rev. gén. de clin.*, 27 sept.) — Influence du massage sur la sécrétion urinaire, par BUM. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 3.)

Maxillaire. — L'os intermaxillaire, par BÉRARD. (*Thèse de Montpellier*, n° 48.) — Hyperostose du maxillaire inférieur, par PALHIER. (*Journ. sc. méd. Lille*, 31 août.) — Empyème du sinus maxillaire, n'ayant présenté de symptômes que du côté des fosses nasales, par P. M. BRIDE. (*Edinburgh. med. journ.*, avril.) — Kyste mucoïde, probablement congénital, de la région du maxillaire supérieur, par J. ALBARRAN. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 823, 1887.) — Kyste du maxillaire supérieur ouvert dans le sinus, par BAUZON, discussion. (*Soc. de chir.*, XIII, p. 555.) — Epithéliome oligo-kystique du maxillaire inférieur, par CH. AUBRY. (*Soc. de Biologie*, 5 mai.) — Résection de la moitié droite du maxillaire inférieur pour un enchondrome, par HAMILTON. (*N. York med. journ.*, 8 oct. 1887.) — Sur la prothèse immédiate dans les résections partielles ou totales du maxillaire inférieur, par MARTIN. (*Lyon méd.*, 16 septembre.)

Médecine (histoire). — Les médecins et les chirurgiens de Caen avant la Révolution, par CAREL. (in-8°, *Caen.*) — Renaudot et l'introduction de la médication clinique. Etude historique. (*Thèse de Montpellier*, n° 79.) — Notes sur l'histoire obstétricale de Catherine d'Aragon et d'Anne de Boleyn, par A. S. CURRIE. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.)

Médecine légale. — Revue critique des divers critériums proposés pour la détermination de la responsabilité en matière criminelle, par GEFFROY. (*Thèse de Bordeaux.*) — Une application de la carcinologie à la médecine légale, par RAIMONDI et ROSSI. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — Commentaires des instructions destinées aux médecins chargés de faire des autopsies judiciaires, par D. WIENER. (*Vienne.*) — Des erreurs professionnelles et de la responsabilité médicale, par SMIL DIND. (*Thèse Berne*, 1887.) — Essai sur le délire de culpabilité, par ROBINOT. (*Thèse de Nancy.*) — Les irresponsables devant la justice, par RIANT. (in-18, 306 p., *Paris.*) — Crimes professionnels, avortement, attentat à la pudeur, empoisonnement, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.*, 9 octobre.) — Des formes atypiques de l'hymen en rapport avec les questions d'attentat à la pudeur, par MONTALTI. (*Sperimentale*, janvier.) — De la vérification des décès, des faux certificats, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.*, 4 septembre.) — Démonstration du chloroforme dans les viscères en voie de putréfaction, par SEVERI. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — De l'impuissance chez l'homme au point de vue médico-légal, par DUPONT. (*Thèse de Bordeaux*, n° 66, 1887-1888.) — L'affaire du Dr Lamotte, par JAUMES et MARANDON DE MONTYEL. (*Union méd.*, juillet.) — Les maladies provoquées au pénitencier de la Nouvelle-Calédonie, par

HUTRE. (*Thèse de Montpellier*, n° 72.) — Simulateur démasqué à l'audience à l'aide de l'administration du chloroforme, par MERNER. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLIX, p. 35.) — Le tatouage professionnel et les accidents oculaires d'origine professionnelle chez les ouvriers meuliers. (Étude d'hygiène et de médecine légale), par J. BOUDRY. (*Thèse de Bordeaux*, 1887.) — Nouveau procédé de destruction des tatouages, par G. VARIOT. (*Soc. de Biologie*, 21 juillet.) — De la valeur médico-légale du siège de la rupture spontanée du cordon ombilical, par TRACHET. (*Arch. de tocol.*, oct.) — Un signe de vie de l'enfant dans les cas d'infanticide, par HIGGINS. (*N. York med. Record*, 17 déc. 1887.) — Les diverses espèces de docimasie applicables aux nouveau-nés, par F. FALK. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai et 4 juin.) — Traumatisme ou empoisonnement par le gaz oxyde de carbone, par G. LIPPO. (*Il Progresso medico*, mai, juin et juillet.) — La mort par submersion étudiée sur les hommes et les animaux, par ARNOLD PALTAUF. (*Vienne.*) — Y a-t-il eu mort naturelle ou assassinat? par MERNER. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLIX, p. 39.) — Suicide par pendaison ou strangulation et suspension par une main étrangère, par HOFMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 1, p. 1.) — Blessure du cœur, ouverture du ventricule droit par un coup de couteau; la victime parcourt en galopant un espace de 80 mètres; meurtrier gaucher, par LACASSAGNE. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, juillet.) — Le traitement antiseptique des plaies sous le rapport médico-légal, par ROBERT GLASER. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Observations et mémoires de médecine légale publiés sous la direction de HERMANN ORTLOFF. 2e fascicule : Tentative de meurtre ou bien de suicide? Strangulation par les mains et par un lien. Crime pendant le somnambulisme. 3e fascicule : négligence coupable dans l'exercice de la médecine. (*Berlin.*)

Médecine militaire. — L'école du service de santé militaire et la faculté de médecine de Strasbourg de 1851 à 1870, par BEAUNIS. (*Rev. scientif.*, 17 nov.) — Le médecin militaire en campagne, par W. DERBLICH. (*Vienne.*) — Sur le secret médical et ses applications à la médecine militaire, par DUFOUR. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 454, juillet.) — Le régime hospitalier pendant la campagne de Madagascar. La *Creuse* bateau-hôpital. Bourbon et ses convalescences, par FLANDRIN. (*Thèse de Bordeaux*, n° 44, 1887-88.) — La prophylaxie des épidémies dans l'année, par KOCH. (*Rev. scientif.*, 3 nov.) — Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles de petit calibre à enveloppe résistante, par CHAUVEL, NIMIER, BRETON et PESME. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Note sur quelques affections suppuratives développées chez de jeunes soldats, par MIGNON. (*Normandie méd.*, 15 sept.) — De l'ostéome des muscles adducteurs chez le cavalier (Revue), par FAVIER. (*Arch. méd. milit.*, mai et juin.) — Le suicide dans l'armée, par MAESTRELLI. (*Giorn. med. del R. Esercito*, août.) — Le traitement des blessés dans la guerre des Hollandais contre le sultan d'Atjeh, par ERNI-GREIFENBERG. (*Bâle.*) — Des plaies par armes à feu en temps de paix comparés aux mêmes blessures en temps de guerre, par HERMANN STEINER. (*Thèse de Zurich*, 1887.) — A propos de la cartouche de pansement pour le soldat, par MEUNIER. (*Province méd.*, 28 septembre.) — — Les services de la chirurgie d'armée de première et de deuxième ligne, par MAX. FRAENKEL. (*Vienne.*) — De l'utilisation des voitures de guerre d'ordonnance pour le transport des blessés et des malades, par L. FRŒLICH. (*Blaetter für Kriegsverwaltung.*) — De l'organisation des lazarets militaires de Sidi-Ferruch et de Matifou en 1886-1887, par CAMUS. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.)

Membre. — Les blessures des membres supérieurs, par B. BARDENHEUER.

(*Stuttgart.*) — Deux cas d'étranglement spontané des membres, par Buicli. (*Arch. roumaines de chir.*, juillet 1887.)

Méninge. — Anatomie des méninges spinales, des nerfs sacrés et du filum terminale dans le canal sacré, par Trolard. (*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.) — A propos d'un cas de méningite cérébro-spinale non épidémique, par La Néele. (*Thèse de Lille*, 6 janv.) — Méningite purulente cérébro-spinale par carie vertébrale, par Tedeschi. (*Incurabili*, n° 4.) — Sur la présence du pneumocoque de Fraenkel dans un cas de méningite cérébro-spinale, par Hauser. (*München. med. Woch.*, n° 36.) — Epidémie de méningite cérébro-spinale dans la population civile de l'île de Chypre, par Brouardel. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 22 mai.) — La méningite cérébro-spinale épidémique à Roccella (un cas avec constatation du diplocoque de Weichselbaum), par L. de Blazi et Russo Travali. (*Boll. Soc. d'Igiene di Palermo*, 1888, et *Il Progresso medico*, 15 août.) — Deux cas de méningite cérébro-spinale. Mort. Remarques, par Anderson et Curnow. (*Lancet*, 14 juillet.) — Cas de suppuration idiopathique de la dure-mère, par Robert Macuire. (*Ibid.*, 7 juillet.) — Un cas de méningite. Valeur thérapeutique comparée de l'antipyrine et de l'antifébrine, par Robert Park. (*Ibid.*, 12 mai.) — Méningite purulente aiguë, survenue pendant le cours d'une pneumonie, par Cornaz père. (*Revue médic. Suisse rom.*, VIII, 226, avril.) — Hydrocéphale avec hydroméningocèle sacrée chez un enfant de 11 mois (La compression de la tumeur sacrée provoque le ralentissement du pouls et le sopor), par von Bergmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.)— Méningocèle occipitale aussi grosse que la tête chez un enfant de 5 mois, par von Bergmann. (*Ibid.*)—Observation de pachyméningite hémorragique Déductions thérapeutiques, par Duponchel. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 juillet.) — Sur l'arthrite aiguë du genou, signe avant-coureur de la méningite tuberculeuse, par Liégeois. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Des modifications que l'inflammation apporte dans les petits vaisseaux de la pie-mère, par Handfield Jones. (*N. York med. record.*, p. 197, août.) Hématome inter-arachnoïdien, par Mordret. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 juil.) — Méningocèle frontale, par Morgan. (*Med. Soc. of London*, 29 octobre.)

Moelle. — Nouveau noyau des cellules nerveuses capsulées du cordon blanc antéro-latéral de la moelle lombaire, par Conti. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Contribution à l'étude du nœud vital chez l'homme, par Paul Loye. (*Soc. Biologie*, 30 juin et 21 juillet.) — Phénomènes importants observés chez un chien après la section d'une moitié latérale du bulbe rachidien, par Brown-Sequard. (*Ibid.*, 28 avril.) — De la formation de cavités dans la moelle épinière, par Anna Baumler. (*Thèse de Zurich*, 1887.) — De la distinction fondée sur l'anatomie pathologique entre la syringomyélie et l'hydromyélie, par Chiari. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 21, p. 428, 21 mai.) — Note sur une cause rare de congestion de la moelle épinière, par Le Juge de Segrais. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — Remarques sur la myélite, par Bristowe. (*Brit. med j.*, p. 1369, juin.) — Un cas de paralysie générale spinale antérieure subaiguë avec autopsie, par Pitres et Vaillard. (*Progrès médical*, 1er sept.) — Un cas de myélite transverse, syringomyélie, sclérose multiple et dégénérescence secondaires, par Kiewlicz. (*Arch. f. psychiat.*, XX, 1.) — Le traitement mécanique de l'irritation spinale, par De Garmo. (*N. York med. Record.*, 24 déc. 1887.) — Etude sur la pathologie du tabes, par Oppenheim. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — De la maladie de Friedreich, par Bernabei. (*La Riforma med.*, 8 mai.) — Contribution à l'étude de l'ataxie de Friedreich, par C. Griffith. (*Amer. j. of the med. Sc.*, p. 377, oct.) — Maladie de Friedreich. Pseudo-tabes, par Dalché. (*Progrès médical*, 30 juin.) — Sur la maladie de Friedreich, par Soca.

(*Thèse de Paris,* 14 nov.) — Un cas de tabes ataxo-spasmodique, par M. Sacchi. (*La Riforma medica,* 16 et 17 août.) — Contribution à l'étude de l'arthropathie des ataxiques. Un cas d'arthropathie tabétique suppurée, par A. Mossé. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, sept.) — Les arthropathies et fractures spontanées dans l'ataxie, par Kredel. (*Leipsig.*) — Contribution à l'étude du tabes combiné, par Tarbouriech. (*Thèse de Montpellier*, n° 83.) — Du mal perforant comme premier symptôme d'un tabes dorsal survenu 10 ans plus tard, par Handford. (*Amer. j. of the med. sc.*, p. 257, sept.) — Plaie de la moelle dans la région cervicale, par Sympton. (*Lancet*, 2 juin.) — Trépanation pour une paraplégie traumatique, par Jones. (*Manchester med. soc.*, 3 octobre.)

Monstre. — Sur la cyclopie, l'arhinencéphalie et le cerveau univésiculaire, par Richter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 342, 23 avril.) — Un cas de fœtus thoracopage, par Langley Mills. (*Edinb. med. Journ.*, août.)

Muscle. — Quelques anomalies musculaires rares, par Hintersteisser. (*Wiener. med. Jahr.*, p. 407, 1887.) — Biceps brachial à trois chefs, par Ch. Debierre. (*Soc. Biologie*, 19 mai.) — Anomalie des muscles radiaux externes et du long abducteur du pouce de l'homme, par Ch. Debierre. (*Ibid.*, 16 juin.) — Muscle costo-aponévrotique, par Daraignez et Lalougre. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 sept.) — Du sens musculaire et de la théorie de l'ataxie, par Golscheider. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 1 et 2.) — Lois de la contraction et de l'excitation musculaire dans les muscles de la tortue, par Kemp. (*Studies from biolog. laborat.*, IV, n°s 3 et 4.) — Sur la force de contraction et la résistance des muscles creux de la grenouille, par C. G. Santesson. (*Mitt. vom. physiol. Lab. in Stockholm,* V Heft, et *Centrbl. f. d. med. W.*, n° 42.) — Expériences sur le tétanos et l'onde de contraction dans les muscles striés, par Campbell. (*Studies from biolog. labor.*, n°s 3 et 4.) — Absence partielle du diaphragme du côté gauche, par Sobotka. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — Revue sur les atrophies et les hypertrophies musculaires, par Gray. (*N. York med. Journ.*, p. 533, 19 mai.) — Note sur les rapports qui existent entre l'atrophie musculaire, la température locale des membres et la pression sphygmométrique, par Ch. Féré. (*Soc. Biologie*, 21 juillet.) — De la doctrine de la dystrophie musculaire progressive d'Erb, par von Limbeck. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, 2, p. 173.) — Les myopathies essentielles, par P. Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 6 oct.) — Observation de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-huméral, par Spillmann et Hanshalter. (*Revue de médecine*, p. 451, juin.) — Spasmes musculaires diffus, par Fasola. (*Annali di ostetric*, sept.) — Note sur les tics convulsifs et en particulier sur le paramyoclonus multiplex, par de Ranse. (*Union médicale*, 15 sept.) — Sur une forme particulière de paramyoclonus multiple, par Manquat et Grasset. (*Bull. méd.*, 7 octobre.) — Du torticolis musculaire par contracture et rétraction, par Vergoz. (*Thèse de Bordeaux.*) — Atrophie du sternomastoïdien gauche déchiré lors de la naissance chez un enfant de 4 ans 1/2, par W. Schulthess. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 11, p. 348, 1er juin.) — Rupture du muscle droit de la cuisse, par Gibbon. (*Lancet*, 30 juin.) — Contribution à l'étude du développement des tumeurs malignes dans les muscles striés, par Hector Cristiani. (*Thèse de Berne*, 1887.)

Myopie. — La myopie et le sens chromatique dans les écoles primaires à Anvers, par De Mets. (*Bull. soc. méd. Anvers*, juillet.) — Lésions ophtalmoscopiques et conditions d'hérédité dans la myopie, par Hermann Straumann. (*Thèse de Bâle*, 1887.)

Myxœdème. — Quatre cas de myxœdème avec deux autopsies, par Henry

Hun. (*Amer. J. of the med. sc.*, juillet.) — Un cas de myxœdème, par Wilhelm Manasse. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 585, 16 juillet.)

N

Nerf. — Histologie comparée des ganglions périphériques, par Anna Giliss. (*Thèse Berne*, 1887.) — Atlas schématique du système nerveux, origines, ramifications, anastomoses des nerfs, par Flower, traduit par Duprat. (In-4°, Paris.) — Anatomie et physiologie du nerf vague, par Dees. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — Contribution à l'étude physiologique du pneumogastrique chez les vertébrés inférieurs, par E. Couvreur. (*Soc. biologie*, 2 juin.) — Note complémentaire sur l'existence dans le bulbe rachidien du noyau d'origine des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique, par J. V. Laborde. (*Soc. biologie*, 5 mai.) — Les fonctions motrices de certains nerfs crâniens chez le singe, par Beevor et V. Horsley. (*Brit. med. j.*, p. 220, août.) — Sur les anastomoses du nerf médian et du nerf musculo-cutané au bras, et sur l'anastomose du médian avec le cubital à l'avant-bras, par Debierre. (*Progrès médical*, 14 juillet.) — L'inflammation des nerfs périphériques (polyneurite); sa pathologie et son traitement, par Leyden. (*Berlin.*) — L'élongation des nerfs, par Dandridge. (*Americ. surg. Assoc.*, 20 sept.) — Quelques cas de section et d'extension des nerfs, par Clorinda Boddy. (*Thèse Berne* 1888.) — 4 cas de blessure du nerf cubital dont 2 avec suture, par Stenzel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 615, 23 juillet.) — Suture secondaire du nerf médian à l'avant-bras, par Bufalini. (*Raccoglitore med.*, n° 17.) — Suture des nerfs médian et cubital suivie de succès, par Ch. Nancrede. (*J. of amer. Assoc.*, 7 avril, p. 427.) — Importance de la suture primitive des nerfs divisés, par Nancrede. (*N. York med. journ.*, 14 avril.) — Suture secondaire du nerf radial suivie de restauration fonctionnelle, par Ehrmann. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juillet.) — Altérations organiques consécutives aux névrites du nerf vague, par Arthaud et Butte. (*Soc. biologie*, 19 mai.) — Des névrites provoquées par le contact de l'alcool pur ou dilué avec les nerfs vivants, par Pitres et Vaillard. (*Soc. biologie*, 16 juin.) — Névrite alcoolique atypique, par Giffard. (*Amer. journ. of ophth.*, V, n° 3, p. 69.) — Névrites à début brusque survenant chez des rhumatisants à la suite de traumatismes insignifiants, par Dubois. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 425, 15 juillet.) — Névrite multiple périphérique récidivée; ataxie périphérique, par Impaccianti. (*Sperimentale*, sept.) — De la névrite multiple aiguë et subaiguë, et de la myosite, par Senator. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 1 et 2.) — Névrite multiple d'origine mixte; syphilis et alcoolisme chez une femme, par Smart. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — Obs. de névrite infectieuse, par Putnam. (*Americ. neurol. Soc.*, 18 sept.) — Polynévrites et névrites ascendantes, par P. Grocco. (*Il Morgagni*, septembre.) — Sur un cas de névralgie ophtalmique du trijumeau, par Dardignac. (*Rev. de méd.*, oct.) — Névralgie phrénique traumatique, par Falkenberg. (*Deut. med. Woch.*, n° 16.) — Accidents réflexes consécutifs à un traumatisme, névralgie du plexus brachial et du plexus cardiaque, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 30 oct.) — Observations cliniques, étiologiques, symptomatologiques et thérapeutiques sur la névralgie de la 5e paire, par C. Pavone. (*Il Progresso medico*, 15 août.) — Un cas de névralgie sciatique traité avec succès par les applications locales de fleur de soufre, par Cowden. (*Journ. of amer. Assoc.*, 7 juill., p. 74.) — Bons résultats du traitement de la sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle, par Rogivue. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 378,

15 juin.)—Traitement des névralgies par la cataphorèse, par ADAMKIEWICZ. (*Deut. med. Woch.*, n° 59, 1887.)

Nerveux (syst.).— Histologie pathologique des centres nerveux par PETRONE. (*Gaz. d. ospit.*, n° 31.) — Effets de l'excitation des cellules ganglionnaires, par HODGE. (*Amer. journ. of psychol.*, I, n° 3.)—L'origine épiblastique du système nerveux central, par JACOBY. (*N. York med. journ.*, p. 477, 5 mai.) — L'évolution du système nerveux, par BEAUNIS. (*Rev. scientif.*, 1er sept.) — Du plexus nerveux et des ganglions propres du diaphragme, par S. PANSINI. (*Il Progresso medico*, juin et juillet.) — Contribution à l'étude du système nerveux de l'amphioxus lancéolé, par R. FUSARI. (*La Riforma medica*, 22 et 23 août.) — Sur la méthode de Golgi de coloration des organes du système nerveux central, par GREPPIN. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — La physiologie du système nerveux et les faits psychiques, par BELMONDO. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — Les fonctions du système nerveux et leur phylogénèse, par STEINER. (*Soc. biologie*, 23 juin.) — De la vitesse des courants nerveux et de la durée des actes psychiques les plus simples, à l'état normal et à l'état pathologique, par RÉMOND. (*Thèse de Nancy.*) — Pathologie et traitement des affections nerveuses, par LUDWIG HIRT. 1re partie. (*Vienne.*) — Des rapports entre les lésions trophiques et les maladies du système nerveux, par SEGUIN. (*Assoc. of americ. phys.*, 20 sept.) — Les affections nerveuses consécutives aux traumatismes (commotion médullaire, par chemin de fer, etc.), par KNAPP. (*Americ. neurol. Soc.*, 18 sept.) — Les phénomènes pupillaires dans les maladies nerveuses, par LESZYNSKY. (*N. York med. journ.*, p. 337, 31 mars.) — De la méthode substitutive dans les maladies, en particulier dans les maladies du système nerveux, par A. ROBERTSON. (*Edinburgh med. journal*, avril.) — Des affections catarrhales d'origine nerveuse, par RICHTER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 399, 14 mai.)— Des lésions nerveuses consécutives aux fractures de jambe, par STUREL. (*Thèse de Nancy.*) — Un cas de fibro-névromes généralisés, par KLIPPEL. (*Encéphale*, n° 4.)

Névrose. — Migraines oculaires, par JESSOP. (*Practitioner*, nov.) — Essai sur le mal de tête, par CHAUMIER. (*Thèse de Lyon*, n° 425.) — Note sur l'anorexie nerveuse; neurasthénie, par PLAYFAIR. (*Lancet*, 28 avril.) — Pathogénie et traitement de la neurasthénie. Revue critique, par LEMOINE. (*Ann. méd. psych.*, sept.) — Délimitation et traitement de la neurasthénie, par R. WAGNER. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 avril et 1er mai.) — Neurasthénie et lithémie, par ROCKWELL. (*N. York med. journ.*, 18 fév.) — Nervosité et éducation, par C. PELMAN. (*Bonn.*)—Neurasthénie, diagnostic et traitement, par CARTER GRAY. (*N. York Acad. of med.*, 16 oct.) — Les idées fixes considérées comme troubles psychiques de la neurasthénie, par TULLIO. (*Giorn. di neuropat.*, n° 3.)—Des tics et des tiqueurs, par CHARCOT. (*Bull. méd.*, 28 oct.) — Tic douloureux datant de 17 ans, névrectomie, par HOWE. (*N. York med. Record.*, p. 179, août.) — Obs. de tétanie, de contraction hystérique et réflexe; variétés de spasmes toniques fonctionnels, par HUN. (*Med. News*, 13 oct.)

Nez.—Anatomie des fosses nasales, par HARRISON ALLEN. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 19 sept.) — La physiologie du nez, par BOSWORTH. (*Med. News*, 4 août.) — La chirurgie nasale antiseptique, par RICE. (*Americ. laryng. Assoc.*, 18 sept.) — Remarques sur les éternûments intermittents, et leurs relations avec l'asthme des foins, par SIDNEY RINGER et W. MURRELL. (*Brit. med. j.*, n° 125, 7 juin.) — De l'éternûment d'origine oculaire, par WERTHEIMER et SURMONT. (*Bull. méd. du Nord*, août.) — Dacryocystite et affections du nez, par GRAHN. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — Causes de l'em-

pêchement de la respiration nasale chez les enfants; résultats; traitement, par Cowgill. (*Americ. Pract. and News*, 15 sept.) — Céphalées d'origine naso-pharyngée ou auriculaire, par Gradle. (*J. of americ. med. Assoc.* 8 sept.) — Des névroses réflexes d'origine nasale, par Lafforgue. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des lésions nasales dans les maladies de l'oreille, par Tansley. (*Americ. otol. Soc.*, 18 sept.) — Dangers de l'infection septique par les écoulements du nez et de l'oreille dans la pratique chirurgicale et obstétricale, par Hewetson. (*Lancet*, 24 nov.) — Sur les rapports entre les maladies de l'appareil lacrymal et celles du nez, par Faravelli et Kruch. (*Ann. di ottalmol.*, n° 3.) — Microcoque tétragène dans un ulcère du nez, par Vangel. (*Gyogyaszat*, n° 32.) —Une forme particulière d'inflammation des cornets, par Schrötter. (*Monats. f. Ohrenh.*, août.) — Leçon sur la rhinite chronique et ses conséquences, par G. Hunter Mackenzie. (*Brit. med. j.*, p. 1266, juin.) — Traitement de la rhinite atrophique par le courant galvanique, par Hartman. (*Americ. laryng. Assoc.*, 18 sept.) — Carie nasale; méningite; guérison par la rugination de l'os malade, par Jarvis. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 19 sept.) — Sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales, par Lacoarret. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hypertrophie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur du nez, par Cholewa. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 2, p. 149.) — Occlusion congénitale des fosses nasales postérieures chez un enfant, par Knight. (*Americ. laryng. Assoc.*, 18 sept.)—Occlusion congénitale osseuse des narines, par Hamilton Potter. (*Buffalo med. journ.*, sept.) — Pathologie de l'ecchondrose du cartilage triangulaire; nouvelle opération, par Macdonald. (*Brit. med. Assoc.*, *Brit. med. j.*, 15 sept.) — Traitement de la déviation de la cloison nasale, par Stan. (*Przeglad lekarski*, n° 10.) — Empyème du sinus maxillaire sans autres signes que l'écoulement nasal, par M'Bride. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Contributions au traitement opératoire de l'empyème de l'antre d'Highmore d'après la méthode de Mikulicz, par Link. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 31.) — Des parasites des fosses nasales, par Rankin. (*Americ. laryng. Assoc.*, 18 sept.) — Calcul de la fosse nasale droite, par Masini. (*Gaz. d. ospit.*, n° 54.) — Etude sur les rhinolithes, par Charazac. (*Rev. méd. Toulouse*, 1er août.) — Méthodes de traiter les polypes nasaux et naso-pharyngiens, par M'Bride. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — De l'électrolyse dans l'extirpation des néoplasmes nasaux et pharyngés, par Campbell. (*J. of americ. med. Assoc.*, 25 août.) — Polypes multiples des narines avec résection ostéoplastique de l'os nasal, par Wiesmann. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 9, p. 288, 1er mai.) — Volumineux polype nasal, par Macintyre. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 19 oct.) — Extirpation de polypes du nez pendant le sommeil hypnotique avec remarques sur l'emploi de l'hypnotisme dans les névroses du larynx, par Schmtyla. (*Int. klin. Rundschau*, 5 août.) — L'extirpation des tumeurs gommeuses des cavités nasales, par Seiler. (*Intern. journ. of surg. and antiseptics*, avril.) — Tumeur tuberculeuse de la muqueuse nasale, par Boylan. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 14 janv., et *Cent. f. Laryngol.*, V, n° 4.) — Lipome du nez, par Parker. (*Liverpool med. chir. journ.*, janv.) — Du rhinosclérome, par Mattakowski et Jakowski. (*Gazeta lekarska*, n° 45, 1887.) — Les bacilles du rhinosclérome, par Melle. (*Accad. di med. Naples*, 1888.) — Du rhinosclérome, par Nikiforow. (*Arch. f. exper. Path.*, VI, p. 424.) — Rhinoplastie indienne par le procédé du sillon, par Raymondaud. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, juin.) — Deux cas d'autoplastie nasale pour lupus, par S. Bayer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 472, 4 juin.) — L'usage des caustiques dans les cavités nasales, par Bosworth. (*N. York med. journ.*, p. 253, 10 mars.) — Emploi de l'antipyrine (localement) dans les affections nasales; l'hay fever, par Hinkel. (*N. York med. journ.*, 20 oct.) — L'es-

sence de térébenthine comme styptique dans les hémorragies nasales, par Ernyei. (*Pester med. chir. Presse*, n° 14.) — Appareil pour laver les cavités nasales, par Broich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 567, 9 juillet.) — Nouveau speculum nasal, par Cholewa. (*Deut. med. Woch.*, n° 30.)

Nutrition. — Sur les besoins de l'organisme en substance albuminoïde chez les adultes, avec considérations sur le régime des Japonais, par T. Nakahama. (*Arch. f. Hygiene*, VIII, p. 78, et *Centrbl. f. d. med. W.*, n° 37.) — L'influence du sel sur la nutrition, par Kœpler. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 457.)

O

Obésité. — L'obésité, par E. Heinrich Kisch. (*Stuttgart.*)

Occlusion intestinale. —Forme insolite d'obstruction intestinale, par Potter. (*Brit. med. journ.*, 10 novembre.) — Obstruction intestinale, opération précoce, guérison, par J. Perry. (*Lancet*, 7 juillet.)—Carie de la cinquième vertèbre lombaire amenant de l'obstruction rectale chronique, ulcérations du périnée, par Makins. (*Ibid.*, 5 mai.) — Deux cas d'invagination intestinale mortelle chez de jeunes enfants de trois et quatre mois, par R. Parker. (*Brit. med. journ.*, p. 1163, juin.) — Occlusion intestinale aiguë par brides épiploïques, par Perry. (*Path. Soc. of London*, 20 novembre.) — Occlusion intestinale par entérolithes, par Brambilla. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 31.) — Occlusion intestinale aiguë et péritonite par perforation; du diagnostic et traitement, par Coppens. (*Arch. de méd. novembre*) — Occlusion intestinale aiguë par diverticule de Meckel, laparotomie, guérison, par Mc. Gill. (*Internat. journ. of surg.*, avril.) — Atrésie de l'intestin par invagination de l'iléon durant la vie intra-utérine, par Chiari. (*Prager med. Wochens.*, 12 sept.) — Occlusion intestinale, laparotomie, par Hertoghe. (*Bull. soc. méd. Anvers*, août.) — De l'occlusion intestinale au point de vue médical et chirurgical, par Fitz. (*Congress of amer. phys. and surg.*, 18 septembre.) — Occlusion intestinale guérie par le lavement gazeux de Bergeon, par Givre. (*Lyon médical*, 22 juillet.) — Sur un cas de guérison d'obstruction intestinale datant de 20 jours, par les irrigations rectales, par Groussin. (*Bull. de thérap.*, 1er juillet.) — Obstruction intestinale, mort, par Robertson. (*Glasgow med. journ.*, septembre.) — Sur un point du traitement opératoire de l'obstruction intestinale, par Hache. (*Bull. méd.*, 21 octobre.) — Considérations cliniques sur le traitement de l'occlusion intestinale, par Prengrueber. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Laparotomie pour occlusion intestinale, par Mac Farlane. (*Ontario med. Assoc.*, 14 juin.)

Œsophage. — De l'ulcère simple de l'œsophage, par Lemoine. (*Rev. gén. de clin.*, 15 novembre.)—Un cas de dysphagie, rétrécissement spasmodique de l'œsophage, par Meltzer. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 février.) — Etude critique sur le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Plicque. (*Ann. des maladies de l'oreille*, août.) — Du traitement des rétrécissements de l'œsophage, par Schwartz. (*Semaine médicale*, 29 août.) — De l'œsophagotomie interne, par Roe. (*Amer. laryngol. Ass.*, 10 sept.) — Œsophagotomie pour cancer, compression ultérieure du larynx nécessitant la trachéotomie, mort d'hémorragie trachéale seize mois après, par

Knil. (*Saint-Petersburg med. Wochens.*, n° 37.)— Œsophagotomie nécessitée par la déglutition d'un dentier, guérison , par Clutton. (*Lancet*, juillet.)

Œil. — Précis d'oculistique, par Max Knies. (*Wiesbaden.*) — Précis d'oculistique, par Adolf Vossius. (*Leipzig et Vienne.*) — Hygiène de la vue, par Galezowski et Kopff. (in-12, *Paris.*) — L'ophtalmologie en Europe, par Meany. (*Lancet*, 28 avril.) — L'ophtalmologie à l'Ecole de Montpellier, par Dausan. (*Thèse de Montpellier*, n° 49.) — Sur les causes de la cécité et sur la géographie du trachome dans la province de Pavie, par Faravelli et Gazzaniga. (*Ann. di ottalm.*, n° 1.) — Le procès ciliaire et le ligament supérieur, par Lang. (*Opht. soc. of united Kingdom*, 8 novembre.)—Etudes anatomiques et expérimentales sur les rapports des affections intra-crâniennes et des affections du nerf optique, par Jakob Zellweger. (*Thèse de Zurich*, 1887.) — Influence inhibitoire de l'excitation de la rétine sur la contraction des muscles de l'œil, par A. Charpentier. (*Soc. de biologie*, 7 juillet.) — Influences diverses sur la contraction des muscles de l'œil, par A. Charpentier. (*Ibid.*, 21 juillet.) — Photographie de l'œil, par Cohn. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, mars.) — *Idem*, par du Bois Reymond. (*Ibid.*) — La réfraction et le sens chromatique dans les écoles primaires à Anvers. (*Ann. soc. méd. Anvers*, septembre.) — Skiascopie, épreuve de l'ombre pour la détermination de la réfraction de l'œil, par Iwan M. Burnett. (*Med. news*, 15 septembre.) — Optométrie scotoscopique ou détermination de l'amétropie par l'observation des phases de traitement et d'obscurité papillaires dues aux mouvements de l'image aérienne, explication par la théorie des images de diffusion, par Monoyer. (*Rev. génér. d'ophtalm.*, juillet.) —Nouvelle méthode pour rechercher l'état de réfraction de l'œil, par Legge Roe. (*Lancet*, 3 mars.) — Papille et accommodation, par Jessop. (*Ophth. Review*, VII, n° 80, juin.) — De l'influence de l'éloignement du punctum proximum et de la meilleure correction de l'hypermétropie par les verres convexes, par Culbertson. (*Amer. journ. of ophtalm.*, V, n° 3, p. 75.) — Périoptométrie et chromatopsie, périmétrie et chromatopsométrie, par Gillet de Grandmont. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 3, p. 208.) — Influence des mydriatiques et des myotiques sur la pression intra-oculaire dans les conditions physiologiques, par Friedrich Stocker. (*Thèse de Berne*, 1887.) — Recherches expérimentales sur la question de l'amblyopie, par C. Muller. (*Arch. f. Phys.*, p. 400, 1887.) — De quelques phénomènes pupillaires en rapport avec les maladies chroniques du poumon, par Comini. (*Ann. di ottalm.*, n° 1.) — Influence des maladies de l'appareil utéro-ovarien sur le système oculaire de la femme, par Deniau. (*Rev. générale de clinique*, 20 septembre.) — Cas démontrant la relation entre certaines formes d'inflammations oculaires et les lésions irritatives des branches dentaires de la première paire, par Marlow. (*New York med. journ.*, t. XLVII, n° 15, p. 495.) — De l'influence génitale en pathologie oculaire, par Deniau. (*Rev. génér. de clinique*, 9 août.) — De l'ophtalmie des nouveau-nés, chez l'adulte, par Journiac. (*Thèse de Montpellier*, n° 50.) — Sur la fréquence de l'ophtalmie des nouveau-nés en Suède, par Widmarck. (*Rev. générale d'ophtalm.*, VII, n° 4, p. 145.(— Ophtalmie sympathique consécutive à un ulcère de la cornée avec prolapsus de l'iris. par Reid. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 12 mars.) — Deux cas de microphtalmie, par Nordman. (*Finska lakar. Handl.*, mars.) — Sarcome mélanique de l'œil, par Higgens. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, mai.) —Deux cas d'ossification du globe de l'œil, par Faravelli et Gazzaniga. (*Ann. di ottal.*, n° 2.) — Névrite optique aiguë unilatérale, par de Schweinitz. (*Philad. county med. Soc.*, 10 oct.) — Des céphalalgies dans quelques inflammations de l'œil ainsi que dans l'asthénopie, par W. Kroll. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 631, 30 juillet.)

— Déviation congénitale latérale des yeux, par SWANZY. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 8 novembre.)—Sur un cas d'ophtalmoplégie progressive, par MEYER. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juin.) — Contribution à l'étude des paralysies des muscles de l'œil d'origine basale et nucléaire, par BERNHARDT. (*Arch. f. Psychiat. und Nervenkr.*, XIX, 2, p. 505.) — Variétés d'atrophie du nerf optique ataxique, par GALEZOWSKI. (*Ann. de Dermat.*, IX, n° 10.) — Traitement des névroses fonctionnelles par la cure des anomalies fonctionnelles de l'œil, par RANNEY. (*New York med. journ.*, 7 janv.) Ténotomie pour la correction de l'hétérophorie, par WEBSTER. (*Am. opht. Soc.*, 18 sept.)— Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil dans l'ophtalmie sympathique, par SIRE. (*Thèse de Montpellier*, n° 69.) — Contribution clinique à l'étude des anomalies congénitales de l'œil, par SALTINI. (*Bulletin d'oculistique*, n° 20, 22 mai.) — Epithélioma oculo-palpébral opéré depuis 6 ans, persistance de la guérison, par J. D'ANGELO. (*Il Progresso medico*, 15 août.) — Cas grave d'ophtalmodynie, guéri par l'antipyrine, par RAMPOLDI. (*Annali di Ottalmol.*, n° 1.) — Cocaïne dans la pratique oculistique, par BORYSIEKIEWICZ. (*Wiener med. Wochens.*, n° 10, 1887.) — Sur l'emploi de la créoline en chirurgie oculaire, par GROSSMANN. (*Journ. de médecine*, 19 août.) — Du massage dans certaines affections oculaires, par SNELL. (*The opht. Review*, VII, n° 79, p. 134.) — Emploi du naphtol *b* dans l'ophtalmie purulente, par BUDIN et VIGNAL. (*Soc. de Biol.*, 19 mai.) — Le bandeau en ophtalmologie. par TROUSSEAU. (*Union médicale*, 15 mars.) — Propriétés antiseptiques de la saccharine en chirurgie oculaire, par PAUL. (*Soc. de thérap.*, 26 oct.)—Exophtalmie pulsatile guérie par la ligature de la carotide primitive, par BULLER. (*Amer. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Des traumatismes oculaires propres aux ateliers de constructions mécaniques, par DEMATTE. (*Thèse de Lille*, 2 août.)—Blessure de l'œil par la dynamite, par GROSSMANN. (*Wiener med. Presse*, n° 50, 1887.) — Blessure de l'œil gauche par un plomb de chasse, par BOURGEOIS. (*Journ. de méd. de Paris*, XIV, n° 25.) — Blessure de l'œil par coups de poing, par GRAND. (*Loire médicale*, 16 mai.)— Les blessures de l'œil au point de vue des expertises judiciaires, par GRANDCLÉMENT. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 4.) — Blessure de la région ciliaire par un corps étranger resté enclavé 3 ans, par REID. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 12 mars.)—Des extractions avec l'aimant à la clinique ophalmologique de Bâle, par KARL MELLINGER. (*Thèse de Bâle*, 1887) — Cécité causée par l'acide sulfurique, par G. MARTIN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 septembre.)— Bénignité relative des blessures de l'œil résultant de capsules chargées à la dynamite, par DUFOUR. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 353, juin.) — Plaie par coup de feu atteignant le nerf optique à l'intérieur de l'orbite, par A. KOEHLER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 24, p. 482, 11 juin.) — Brûlure de l'œil par du mortier. Opérations pour adhérences consécutives, par SATTLER. (*Ibid.*, n° 24, p. 493, 11 juin.)—Trois cas de traumatismes oculaires, par V. MONTI. (*La Riforma medica*, 11 et 13 août.) — Enucléation du globe de l'œil après une injection intra-orbitaire de cocaïne, par LIGHTFOOT. (*Lancet*, 28 avril.)

Olfaction. —De la localisation du sens de l'odorat, par FRIGERIO. (*Ann. univ. di med.*, vol. 283.)

Ongle. — Traitement chirurgical de l'ongle incarné, procédé Quénu, par BUSSAT. (*Thèse de Paris*, 15 novembre.) — Du durillon sous-unguéal, par LE FORT. (*Bull. médical*, 22 juillet.)

Orbite. — Phlegmon de l'orbite, par SURMONT. (*Bull. méd. du Nord*. juillet.) — Hématomes spontanés de l'orbite, par PANAS. (3e *Congrès français de chir.*) — Remarques à propos de deux abcès profonds de l'orbite, par

TERRIER. (*Arch. d'ophtalmol.*, n° 2.) — Arachnitis causée par du plomb, ayant séjourné 14 ans dans l'orbite, par W. PHILIPPS. (*Lancet*, 2 juin.) — Sarcome du frontal et de l'orbite, par REID. (*Glasgow path. and clin. Soc.*, 14 mai.) — Volumineux sarcome de l'orbite, par REID et CLARKE. (*Ibid.*, 12 mars.)

Oreille. — Le développement de la forme du pavillon de l'oreille en rapport avec la morphologie et la tératologie de l'oreille, par GRADENIGO. (*Arch. per le sc. med.*, XII, n° 3.) — Développement de la trompe d'Eustache de l'oreille moyenne du tympan sur le poulet, par MALL. (*Studies from biol. labor.*, IV, 3 et 4.) — Etude sur la forme et la réunion des cellules de Deiter et de Corti dans l'organe de Corti, par KATZ. (*Monats. f. Ohrenh.*, août.)—L'oreille externe, par FRIGERIO. (*Arch. de l'anth. criminelle*, sept.) — Le rôle physiologique primordial du tympan, par RICHEY. (*Amer. otol. Soc.*, 18 septembre.) — De l'excitabilité électrique du nerf acoustique, par J. POLLAK et GAERTNER. (*Wiener klin. Woch.*, 1er novembre.) — Troubles psychiques provoqués ou entretenus par les affections de l'oreille, par COZZOLINO. (*Naples.*) — Des perceptions subjectives de l'ouïe et de leur traitement, par ERHBAUM. (*Neuwied.*) —Des réflexes auriculaires; d'un centre réflexe oto-spinal, de son siège dans la moelle cervicale, par GELLÉ. (*Ann. des maladies de l'oreille*, sept.) — Recherches sur les limites de l'audition par KERR LOVE. (*Glasgow med. Journ.*, août.)— Sur l'utilité d'adopter une notation uniforme de l'acuité auditive, par KNAPP. (4e *Congrès d'otologie, Bruxelles.*) — De l'ombre sonore comme cause d'erreur dans la mesure de l'acuité auditive, par GUYE. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er octobre.) — Influence de l'usage du téléphone sur le pouvoir auditif, par BLAKE. (*Amer. otol. Soc.*, 18 septembre.) — De la perception des sons par un diapason appliqué sur le maxillaire inférieur ; application au diagnostic des maladies de l'oreille, par MASINI. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 6.)—Des épreuves par le diapason. par STEINBRUGGE. (*Zeit. für Ohrenh.*, XIX, 2, p. 130.) — Fréquence relative des maladies d'oreilles dans les races blanche et colorée du nord de l'Amérique, par BURNETT. (*Ibid.*, XIX, 2, p. 136.) — Traité des maladies des oreilles, par KIRCHNER. (In-8°, 2e édition, *Berlin.*) — Le diagnostic des maladies de l'oreille sans instruments, par HUNTINGTON RICHARDS. (*New York med. Record*, p. 354, mars.) — Recherches sur les changements pathologiques de l'oreille moyenne, par POLITZER. (4e *Congrès d'otol., Bruxelles.*) — Des maladies de l'oreille dans la fièvre typhoïde et de leur traitement, par BOKE. (*Ibid.*) — De la polyotie, par HARTMANN. (*Ibid.*) — Fistule branchiale avec malformation du tympan, par OLC. BULL. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 2, p. 146.) — Troubles psychiques dans les maladies de l'oreille, par COZZOLINO. (*La Psichiatria*, V.) — Surdité consécutive à l'action de la lumière sur la rétine, par D'ARSONVAL. (*Bull. de la Soc. de biol.*, 23 juin.) — Névrose de l'appareil auditif jusqu'ici non décrite et liée étroitemeut au coryza vaso-moteur, par JOHN MACKENZIE. (*Amer. lar. Assoc.*, 18 septembre.) — Nouvelle opération pour la surdité causée par l'obstruction des trompes d'Eustache, par CUMBERBATCH. (*Lancet*, 24 nov.) —De la rupture du tympan, remarques médico-légales, par TREITEL. (*Zeit. f. Ohrenh.*. XIX, 2, p. 115.) — Elimination d'une grande partie du tympan à la suite d'un coup sur le crâne, réparation en deux mois, par EITELBERG. (*Ibid.*, XIX, 2.)— Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose des organes de l'ouïe, par HABERMANN. (*Zeit. f. Heilk.*, IX, 2, p. 131.) — Vertige auriculaire, par BURNETT. (*Med. news*, 14 juillet.) — Un cas de vertige auriculaire (mal de Ménière) soulagé par l'excision du tympan et du marteau, par BURNETT. (*Amer. otol. Soc.*, 17 juillet.)—Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur la tuberculose de l'organe auditif, par HABERMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 553, 2 juillet.)—Inflammation purulente

chronique du tympan, par Burnett. (*Amer. otol. Soc.*, 18 sept.)—Excision du tympan et des osselets pour la guérison de l'inflammation purulente chronique subaiguë tympanique, par Sexton. (*Ibid.*, 18 septembre.) — Un cas de nécrose d'une partie des cellules mastoïdiennes et d'enlèvement complet du labyrinthe avec paralysie du nerf facial et recouvrement partiel de l'ouïe, par Turnbull. (4e *Congrès d'otol., Bruxelles.*) — Méningite suppurée consécutive à la présence dans l'oreille d'un corps étranger, par Field. (*Brit. med. Journ.*, p. 1220, juin.)—Suppuration de l'oreille moyenne avec paralysie faciale et élimination du limaçon, par Ferrer. (*Sacramento med. Times*, avril.) — Sur les cas d'otite moyenne aiguë observés à l'hôpital militaire de Rome pendant l'hiver 1886-87 et 1887-88, par Basso. (*Giorn. med. del r. esercito*, juin.) — Otite de la caisse propagée aux cellules mastoïdienne, ostéo-périostite, compliquée d'accidents septicémiques, incision profonde, guérison, par Passarini. (*Montpellier médical*, p. 437, mai.) — Otite chronique suppurée, extraction de séquestre provenant du labyrinthe, par J. Easkine. (*Brit. med. Journ.*, p. 477, septembre.) — Otite moyenne aiguë traumatique, cellulite profonde du cou, paralysie partielle du bras, par Ch. Lewis. (*Ibid.*, p. 476, septembre.) — Emploi de l'acide borique en solution dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, par Theobald. (*Amer. otol. Soc.*, 18 septembre.)— Abcès du cou associé à une otite suppurée et iritis, par Pomeroy. (*Ibid.*, 18 septembre.)—Traitement caustique des otites moyennes purulentes chroniques, par Ferreri. (*Sperimentale*, mars.)—Trois cas de nystagmus passager, bilatéral horizontal, en rapport avec une otite moyenne purulente, par Kipp. (*Amer. otol. Soc.*, 17 juillet.) — De l'otite moyenne catarrhale subaiguë et de son traitement chez les enfants, par Pelletier. (*Thèse de Bordeaux.*)—Otite moyenne purulente avec perforation punctiforme du segment moyen du tympan, endomastoïdite purulente, paramastoïdite, par Isaja. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — Inflammation diphtéritique de la membrane du tympan, par Hirsch. (*Zeit. f. Ohr.*, XIX, 2.) — Cas de nécrose du temporal, ablation du labyrinthe, guérison, par Frederick Pack. (*Boston med. Journ.*, 17 mars.) — Quelques cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, par Bufalini. (*Riv. clin. Bologna*, déc. 1887.) — Examen de l'oreille dans un cas de méningite, par Steinbrugge. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 2.) — Syphilis de l'oreille, oreille externe, moyenne et interne, par Jones. (*Saint-Louis Courrier of med.*, avril.)— La syphilis acquise et héréditaire de l'oreille, ses rapports avec la région naso-pharyngée, par Cozzolino. (*Milan.*) — Membrane formant un faux tympan, par Richards. (*Amer. otol. Soc.*, 18 juillet.) — *Idem*, par Kipp. (*Ibid.*) — Deux polypes muqueux de l'oreille, par Noquet. (*Bull. médical du Nord*, août.) — Angiome polypoïde de l'oreille, par Richards. (*Amer. otol. Soc.*, 17 juillet.) — Corps étranger ayant séjourné 18 ans dans l'oreille, par Swann. (*Lancet.* 7 juillet.) — Corps étranger ayant séjourné dans l'oreille pendant 5 ans, par Quelly. (*Ibid.*, 23 juin.) — Corps étranger de l'oreille otite moyenne suppurée, méningite suppurée, mort, par Bryant. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Coup sur l'oreille ayant déterminé des troubles réflexes particuliers, mouvements convulsifs de la mâchoire, par Hubbell. (*Buffalo med. Journ.*, nov.) — Sur un procédé en vue de diminuer l'hypoacousie des vieillards, badigeonnages d'huile phosphorée, par Sapolini. (4e *Congrès d'otologie, Bruxelles.*)—Traitement des douleurs d'oreille, par Morpurgo. (*Ibid.*) — Valeur thérapeutique des tympans artificiels, par Laidlaw Purves. (*Brit. med. Journ.*, p. 478, sept.)—Nouvelle méthode de pansement de l'oreille, par Loewe. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXII, n° 10.) — Emploi de la résorcine dans les maladies de l'oreille, par Stein. (4e *Cong. d'otologie, Bruxelles.*)

Oreillon. — Note sur un cas d'oreillon sous-maxillaire double suppuré dans

la convalescence d'une roséole, par Ferrand. (*Soc. médicale des hôpit.*, 27 juillet.) — Epidémie d'oreillons sur la garnison de Montpellier, 1887, par I. Puech. (*Thèse de Montpellier*, n° 58.)

Os. — Ostéologie comparée des oiseaux aquatiques des régions arctiques et sous-arctiques, par Shufeldt. (*Journ. of Anat.*, oct.) — Croissance des os des membres inférieurs, par Walter Pye. (*Journ. of Anat. and Phys.*, oct.) — Etude de la réparation des os, par Miller. (*Philad. county med. Soc.*, 12 juin.) — De l'hybridité pathologique dans les affections osseuses d'origine parasitaire; fait remarquable de coexistence sur le même malade de deux affections osseuses parasitaires de nature différente, par Gangolphe. (*Lyon médical*, 29 juillet.) — Pathogénie des diverses ostéites, par Condamin. (*Province médicale*, 28 juillet.) — Des ostéites de l'omoplate, par Audry (*Revue de chir.*, nov. 1887.)— Ostéite diffuse du tibia, par Edm. Owen. (*Lancet*, 9 juin.) — Ostéomyélite chronique du fémur; néphrite et hépatite infectieuses, par A. Potherat. (*Bull. soc. Anat.*, p. 665.) — Ostéomyélite de l'humérus chez un enfant de 2 mois né avant terme. Incision. Guérison avec reproduction rapide de l'os, par Jacques L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 215, avril.) — Ostéomyélite aiguë du col du fémur, guérison sans ankylose, par Macnamara. (*Brit. med. Journ.*, p. 76, juillet.) — De la périostite ostéoplastique des métatarsiens à la suite des marches, par Pauzat. (*Arch. de méd. milit.*, nov. 1887.) — De l'ostéo-périostite rhumatismale des fantassins du 3e zouaves, par Poulet. (*Ibid.*, p. 243, juillet.) — L'ostéo-périostite rhumatismale des métatarsiens, son diagnostic et son traitement, par Eloy. (*Revue génér. de clin.*, 25 oct.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse, son traitement par la résection sous-périostée, par Aussenac. (*Thèse de Montpellier*, n° 56.) — Tuberculose osseuse « mal de Pott », ostéite de la voûte orbitaire propagée à la dure-mère, par J.-L. Faure. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 250.) — Tuberculose osseuse, abcès ossifluent intra-médullaire, par Gangolphe. (*Lyon médical*, 30 septembre.) — —Nécrose du tiers inférieur du fémur, par Whitson. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 10 oct.) — Diagnostic, traitement mécanique et opératoire du genou valgus et des déformations en arc de la jambe, nouveaux appareils, par Roberts. (*Internat. journ. of Surg.*, avril.) — Onze ostéotomies pour déformations rachitiques des membres inférieurs, par Conti. (*Raccoglitore med.*, n° 1, juillet.) — Un cas d'ostéomalacie, jeune homme de 21 ans, par Burgess. (*Med. chronicle*, oct.) — Exostoses cartilagineuses multiples de l'adolescence, par von Bergmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 612, 23 juillet.) — Un cas d'exostoses multiples des os longs, par von Bergmann. (*Ibid.*, p. 612, 23 juillet.) — Sarcome kystique télangiectasique de la tête de l'humérus. Ligature préliminaire de l'artère sous-clavière entre les scalènes. Désarticulation de l'épaule, par Ed. Schwartz. (*Revue de chir.*, p. 738, septembre 1887.) — Contribution à l'étude du lymphadénome des os, par V. de Pemille. (*Thèse de Montpellier*, n° 77.) — Affection du condyle externe du fémur, sarcome, par Rosenberger. (18e *Congrès des chir. allemands.*) — Sarcome du tibia, par Clark. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 12 octobre.) — Ostéosarcome du tibia, fracture spontanée consolidée, par Jalaguier et Valat. (*Bull. soc. Anat.*, p. 179.)—Désarticulation de la cuisse pour un volumineux ostéosarcome, par Poggi. (*Boll. sc. med. Bologne*, nos 3 et 4.)

Ovaire. — Avantages de la ponction diagnostique dans les kystes de l'ovaire, par Piazza. (*Riv. clin. Bologna*, nov. 1887.)—Aperçu de l'étude des kystes para-ovariques, par Maugin. (*Nouv. Arch. d'obst.*, juin.)—Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule, par Hochenegg. (*Soc. des méd. de Vienne*, 17 fév.) Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, ovariotomie, guérison, par Ter-

RIER. (*Union médicale*, 17 mai.)—A propos d'une première série de 50 opérations de tumeurs de l'ovaire, par CH. PARKES. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 101, 21 juillet.) — Pathogénie des kystes uniloculaires de l'ovaire, par G. BULINS. (*Zeit. für Geb. und Gyn.*, XV, 2.) — Sur un danger du lavage du péritoine pendant les ovariotomies et les opérations analogues sur les cavités abdominales, par POLAILLON. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 28 août.) — Ovariotomie pour kyste uniloculaire de l'ovaire contenant 16 litres de liquide, par NICOLAS. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, 226, avril.)— Ovariotomie double pour fibromes ovariens chez une femme de 77 ans, par TERRIER. (*Progrès médical*, 16 juin.) — Double ovariotomie, hémorragie abondante, mort par anémie aiguë, par TERRIER. (*Union médicale*, 23 juin.) — Fièvre typhoïde consécutive à l'ovariotomie, par J. PRICE. (*Obst. soc. Philad.*, 3 mai.) — Ovariotomie pratiquée deux fois chez la même malade, par SPENCER WELLS. (*Amer. gyn. Soc.*, 18 sept.)—Fait de conception après ovariotomie, par WETHERELL. (*Lancet*, 28 avril.) — Une page d'histoire de l'ovariotomie à Londres, par NANN. (*Arch. de tocol.*, août.) — Relation de 37 ovariotomies, par SZABO. (*Arch. f. Gyn.*, XXXII, 2.) — De l'occlusion intestinale après l'ovariotomie, par HIRSCH. (*Ibid.*, XXXII, 2.) — Sur un cas d'ovarite suppurée double avec salpyngite, par LESPINASSE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 janvier.) — Des ovarites suppurées, marche, pathogénie, etc., par GRALL. (*Thèse de Bordeaux.*) — Calculs sanguins dans les ovaires, par MACKENZIE. (*London path. Soc.*, 16 oct.) — Un cas de transformation caverneuse de l'ovaire, par GOTTSCHALK. (*Arch. f. Gyn.*, XXXII, 2.) — Tuberculose de l'ovaire, par GRIFFITH. (*Ibid.*, 6 nov.) — Carcinome de l'ovaire, par GUERMONPREZ et DUHAMEL. (*Journ. sc. méd. Lille*, 10 août.) — Genèse des tumeurs épithéliales de l'ovaire, par NAGEL. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 1.)

Oxygène. — Tentatives de dosage de l'oxygène provenant du dédoublement des cristaux d'hémoglobine en hématine et albumine, par MAX LEBENSBAUM. (*Thèse de Berne.*)—Ozone et oxygène, par WALLIAN. (*N. York med. journ.*, p. 624, 9 juin.)

P

Palais. — Uranostaphylloraphie avec résection des crochets ptérygoïdiens, par ROUX. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 356, juin.)

Paludisme. — La malaria tropicale et ses conséquences, par DODS. (*Edinb. med. journ.*, juin.) — La perniciosité de l'infection malariale, par CIMBALI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 52.) — La fièvre paludéenne à Cameroun, par ROBERT MULLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 et 30 juillet.) — Contribution à la nosographie de l'infection malarienne, par B. BACULO. (*La Medicina contemporanea*, juillet.) — Sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvre intermittente, par MOSSÉ. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 2 oct.) — La fièvre paludéenne et la culture des vignes au bord de la mer, aux environs de Montpellier, par S. JEANNEL. (*Montpellier médic.*, p. 293, avril.) — De l'influence de l'impaludisme sur la marche et la guérison des plaies, par GOOD. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la diarrhée tropicale chronique, par FAYRER. (*Edinb. med. journ.*, sept.) — Contribution à l'étude d'une nouvelle fièvre infectieuse (fièvre typho-malarienne) qui s'observe en Abruzze, par F. D'OR-

TENSIO. (*Il Progresso medico,* 15 juin.) — Paralysie paludique, par HARD. (*Buffalo med. journ.*, août.) — Paralysies malariales, par SACCHI. (*Riv. veneta di sc. med.*, avril.) — Les injections intraparenchymateuses dans les tumeurs spléniques malariales, par DELLI PONTI. (*Incurabili*, n° 10.)

Pancréas. — Des phénomènes consécutifs à l'extirpation totale ou partielle du pancréas, par MARTINOTTI. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Des affections complexes du pancréas et de leur traitement chirurgical, par KARL HAGENBACH. (*Thèse Bâle,* 1887.)—Contribution à l'étude du pancréas (dosage des parties constituantes), par ASSMANN. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2.) — Hémorragies capillaires et dégénérescence graisseuse du pancréas, par LA FLEUR. (*Montreal med. chir. Soc.*, 22 juin.) — Cancer primitif du pancréas, par KESTEVEN. (*Path. Soc. of London*, 20 nov.) — Cancer primitif de la tête du pancréas, par DUTIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 sept.) — Cancer primitif du pancréas, par ARTH. TROWER. (*Brit. med. j.*, p. 665, sept.) — Cancer du pancréas, par ISCHWALL. (*Progrès médical*, 2 juin.) — Epithéliome de la tête du pancréas respectant le canal de Wirsung et les voies biliaires. Envahissement des ganglions sous-péritonéaux et de la capsule surrénale droite, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 728.)

Pansement. — Asepsie et antisepsie, par MAZET. (*Thèse de Lyon*, n° 426.) — Les règles de la chirurgie aseptique et antiseptique, par A. G. GERSTER. (332 p., *New York.*) — Des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptique des plaies et des affections chirurgicales, par F. HENRIJEAN. (*Acad. roy. de méd. de Belgique*, 3e fasc., t. VIII.) — Des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptique des plaies et des affections chirurgicales, par EM. LERMUSEAU. (*Mém. couron. de l'Acad. R. de méd. de Belgique*, t. VIII, 4e fasc.) — Du drainage chirurgical, par WHITEHEAD. (*Med. News*, 25 août.) — Des conditions propres à amener la plus rapide guérison des plaies, par KEEN. (*N. York med. Record.*, p. 85, janv.) — Des tubes à drainage, par MAYLARD. (*Glasgow med. journ.*, oct.) — Le drainage dans la chirurgie abdominale et pelvienne, par PRICE. (*Assoc. of obstet. Washington*, 18 sept.) — Un nouveau pansement antiseptique (le china Grass), par HEWETSON. (*Lancet*, 23 juin.) — Le luffa ægyptica employé pour laver la peau avant les opérations, par ROBERTS. (*N. York med. journ.*, 5 mai.) — Sur l'action de l'éponge aseptique pour le traitement des plaies atones, par PACINOTTI. (*Riv. veneta di sc. med.*, juillet.) — De la valeur antiseptique des paquets d'étoupe, de tourbe, de coton et de charpie nouvelle, par PONCET DE CLUNY. (*Progrès médical*, 11 août.) — Nouveau procédé pour arrêter les sutures au fil d'argent, par GOELET. (*N. York med. journ.*, p. 572, 26 mai.) — Sur la ligature en chaîne ; procédés pour placer les fils, par WALLICH. (*Ann. de gynéc.*, nov.) — Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée, par POZZI. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 205 et 216.) — Sur les résultats des pansements à l'air libre, par LE FORT. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 24 juillet.) — Pansements au papier, par BEDOIN. (*Union médicale*, 18 août.)

Paralysie. — Paralysie de la 3e, 5e et 6e paires, par SUCKLING. (*Midland med. Soc.*, 17 oct.) — Paralysie chronique atrophique ascendante avec sclérose des racines postérieures, par GORDINIER. (*Med. News*, 18 août.) — Contribution à l'étude des paralysies de l'oculo-moteur commun, par AYBRANE (*Thèse Montpellier*, n° 60.) — Paralysie faciale complète d'origine intratemporale, moins le filet de l'orbiculaire, par LAVRAND. (*Journ. sc. méd. Lille,* 13 juillet.) — Sur un cas de paralysie faciale périphérique, d'origine intra-utérine, chez un nouveau-né expulsé en présentation du siège, par

VARNIER. (*Ann. de gynéc.*, nov.) — Paralysie arsenicale ; névrite multiple, par PUTZEL. (*N. York med. Record*, juin, p. 601.) — Traitement orthopédique des paralysies des muscles antérieurs de la cuisse, par JUDSON. (*N. York med. Record*, p. 118, fév.) — Monoplégie brachiale avec troubles de sensibilité chez un vieillard ayant eu autrefois une attaque, par E. PERREGAUX. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 202, 1er avril.) — Sur un cas de monoplégie brachiale de nature dynamique, par SIMON. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — Contribution à l'étude des phénomènes posthémiplégiques, par BREUILS. (*Thèse Montpellier*, n° 63.) — Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique, par MIDDLETON. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 6 avril.) — Trois cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez trois frères, par BORSARI. (*Giorn. di neuropatologia*, VI.)—Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par LAVIANO. (*Incurabili*, n° 13.) — Etude de la paralysie agitante avec quelques considérations sur le tremblement, par VINCENT. (*Thèse de Lyon*, n° 430.) — Paralysie agitante, par MARTHA. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — La paralysie agitante, par ANTON HEIMANN. (Berlin.) — Etudes myographiques sur la paralysie agitante, par ARMIN HUBER. (*Thèse Zurich*, 1887.) — La paralysie agitante et ses troubles d'origine centrale, par WILLE. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 246, 15 avril.)

Paralysie générale. — Du délire des négations dans la paralysie générale progressive, par DENY. (*Semaine méd.*, 19 sept.)—Rapports de la paralysie générale et de la syphilis, par RÉGIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 juin.) — Paralysie générale d'origine traumatique, par BALL. (*Gaz. des hôp.*, 16 oct.) —Etiologie de la paralysie générale, par RITTI. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 oct.) — Un cas de respiration de Cheyne-Stokes (chez un paralytique général), par DESCOURTIS. (*Encéphale*, n° 4.)

Parole. — Des désordres de la parole dans les maladies infectieuses aiguës, par NOVELLO. (*Riv. veneta di sc. med.*, juillet.) — Leçons sur les troubles de la parole (dysphasies, dyslalies mécaniques et lalonévroses), par P. MASUCCI. (Brochure in-8° 44 pages, Naples.)

Pathologie. — Diagnostic des maladies internes basé sur les diverses méthodes actuelles d'exploration, par OSWALD VIERORDT. (*Leipzig.*)—Données et tableaux anatomiques, physiologiques et physiques à l'usage des médecins, par HERMANN VIERORDT. (*Iéna.*)

Paupière.—Sur les mouvements de la paupière après la mort, par GAZZANIGA. (*Ann. di ottalm.*, n° 3.) — Œdème passager des paupières, par ROBINSON. (*British med. journ.*, n° 1428, p. 1006.) — Tarso-cheiloplastie pour le trichiasis, par CANT. (*Lancet*, 23 juin.)— Traitement du blépharospasme tonique par la névrotomie sus-orbitaire, par DEHENNE. (*Union médicale*, 5 mai.) — Du coloboma congénital des paupières, par NICOLIN. (*Thèse de Lyon*, n° 434.) — Du traitement de l'entropion et du trichiasis par la tarsoplastie, par ARNAVIELHE. (*Thèse Montpellier.*) — Opération pour les degrés ordinaires d'entropion, par ALLPORT. (*Americ. journ. of ophth.*, V, n° 3, p. 78.)

Peau. — Effets du vernissage de la peau, par ARNHEIM. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, p. 378.) — Clinique des maladies cutanées et vénériennes, par G. DI LORENZO. (In-8°, 250 p., Naples.) — Des maladies de peau dues à une alimentation défectueuse, par W. CORLETT. (*N. York med. Record*, p. 172, août.) — Flore dermatologique, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 17) — Kératohyaline et éléidine, par BUZZI. (*Monat. f. prakt. Derm.*, VII, n° 16.) — Fragments de séméiologie cutanée (mobilité de la peau), par E. PARIETTI. (*La Riforma medica*, 9 et 10 août.) — Obs. sur les maladies de la peau chez le nègre ; 500 cas, par MORISSON. (*Med. News*, 20 oct.) —

Contribution clinique à l'étude des influences nerveuses dans quelques dermopathies, par JAJA. (*Giorn. ital. per le mal. vener.*, fasc. 2, 1888.) — Exanthème antipyrinique après injections sous-cutanées d'antipyrine, suivi d'une éruption d'herpès zoster aux mêmes points, par MAZZOTTI. (*Ibid.*) — Des taches pigmentaires de la peau, par ALEXANDRA BOGOLUBSKY. (*Thèse Berne*, 1887.) — 4 cas de dermatite herpétiforme, par GRAHAM. (*Americ. dermat. Assoc.*, 18 sept.) — Idem, 3 cas, par STELWAGON. (*Ibid.*) — Dermatite exfoliatrice avec examen histologique, par GIRODE. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 8.) — Verrues planes juvéniles de la face, par DARIER. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 10.)—Tuberculose papillomateuse de la peau, par MORROW. (*Journ. of cut. dis.*, nov.)—Examen de deux papillomes cornés de la peau, par E. SUCHARD. (*Bull. soc. anat.*, p. 752.) — Nouvelle préparation d'iodoforme (bituminé) pour le traitement des ulcérations de la peau, et en particulier du chancre mou, par EHRMANN. (*Cent. f. d. ges. Therap.*, juillet.) — Des pâtes, onguents, par GRUENDLER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 20.)— Les topiques d'Unna et leur emploi dans les maladies de la peau, par HALLOPEAU. (*Soc. de thérap.*, 14 nov.)— De l'emploi de la traumaticine résorcinée, par FERRÈVRE. (*Ann. de dermat.*, n° 6, 1887.)

Pellagre. — La pellagre, par FABBROVICH. (*Gaz. d. ospit.*, n° 27.)—Les troubles nerveux de la pellagre, par TUCZEK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, p. 222.)

Pemphigus. — Pemphigus généralisé, par A. C. MILLER. (*Edinburgh med. journal*, janvier.)

Périnée. — Sur la déchirure du périnée, par CHASSAGNY. (*Lyon méd.*, 4 nov., p. 330.) — Perforation du périnée pendant le travail, par J. FERGUSON. (*Brit. med. j.*, p. 121, juil.) — De la périnéorraphie d'après Lawson Tait, par WINIWARTER. (*Wiener klin. Woch.*, 1er nov.) — Remarques sur l'historique et la technique de la périnéorraphie à lambeaux, par SÆNGER. (*Centr. für Gyn.*, 24 novembre.)

Péritoine. — De la tuberculose péritonéale, par GROSSICH. (*Pester med. chir. Presse*, n° 33.) — Péritonite suppurée; laparotomie, par KEETLEY. (*West London med. chir. Soc.*, 2 nov.) — Péritonite tuberculeuse généralisée; mort subite, par ALAMARTINE. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Laparotomie dans un cas de péritonite tuberculeuse, par CAMPANA. (*Raccoglitore med.*, août, n° 5.) — Péritonite enkystée péri-ombilicale avec fistule; mort, par WACQUEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 12 oct.) — Péritonite consécutive à la perforation de l'appendice vermiforme, par STEELE MOON. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Deux cas de péritonite puerpérale purulente traités par laparotomie, par MATLAKOWSKI. (*Gazeta lekarska*, n° 20.)— Des tumeurs du mésentère et du peritoine, par ZERNSDORF. (*Thèse inaug. Iéna*, 1887.) — Laparotomie pour les kystes chyleux du mésentère, par UNJENIN et PETROFF. (*Dnevnik Kazans. Obsht. Vratchei*, n° 7.)

Pharmacologie. — Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale, par LAUDER BRUNTON, traduit sur la 3e édit. par DENIAU et LAUWERS. (Tome I, Bruxelles.) — Eléments de pharmacologie, par OSWALD SCHMIEDEBERG. (2e édit., Leipzig.) — Travaux de l'Institut pharmacologique de Dorpat, publiés par R. KOBERT. (Stuttgart.) — De l'influence qu'exercent les substances antipyrétiques sur la teneur des muscles en glycogène, par LÉPINE et PORTERET. (*Acad. des sc.*, 13 août.)— De l'action du strophantus hispidus, par MAYER. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, juin.) — Etude physiologique et thérapeutique de l'adonide et de son principe glucoside, l'adonidine, par GUIRLET. (*Thèse de Nancy.*) — Sur l'action physiologique de

l'hedwigia balsamifera, par GAUCHER, COMBEMALE, MARESTANG. (*Acad. des sc.*, 24 sept.) — La méco-narcéine, par LABORDE et DUQUESNEL. (*Trib. médic.*, 27 mai.) — Sur la méco-narcéine, par CONSTANTIN PAUL. (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 15 mai.) — Passage des opiacés dans le lait, par FUBINI et CANTU. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Recherches expérimentales sur les principaux alcaloïdes de l'opium, par ESCOUBIS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Effets pharmacologiques et emploi thérapeutique du bromhydrate de cicutine, par HENRI STEINHAUSTIN. (*Thèse Berne*, 1887.) — Action de la cocaïne sur le goût et l'olfaction, par SECCHI. (*Boll. sc. med. Bologna*, mai-juin.) — Effets anesthésiques de l'elléborine, par VENTURINI et GASPARDINI. (*Bollet. d'oculist.*, 1er avril.) — Composition chimique de l'eschscholtzia, par BARDET et ADRIAN. (*Soc. de thérap.*, 14 nov.) — Action physiologique de l'ouabaïne, par GLEY et RONDEAU. (*Soc. biologie*, 5 mai.) — Action physiologique de l'Ouabaïo, par DE VARIGNY et LANGLOIS. (*Soc. biologie,* 5 mai.) — Etude des ipécacuanhas, de leurs falsifications et des substances végétales qu'on peut leur substituer, par JACQUEMET. (*Thèse de Lyon*, n° 433.) — Haya et érythrophléine, par PASSERINI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 38.) — De la solanine, par GEAY de COUVALETTE. (*Thèse Montpellier*, n° 87.) — Sur un corps, à la fois acide et base, contenu dans les huiles de foie de morue, l'acide morrhuique, par GAUTIER et MOURGUES. (*Acad. des sc.*, 5 nov.) — Propriétés antiseptiques de l'ammoniaque, par GOTTBRECHT. (*Soc. méd. de Greifswald*, 5 mai.) — Les incompatibilités des médicaments ferrugineux, par CRUCHE. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 4 oct.) — Physiologie du fer, par G. SÉE. (*Union médicale*, 9 août.) — Action du chlorure d'éthylène sur la cornée, par DUBOIS. (*Acad. des sc.*, 3 sept.) — De la résorption de l'arsenic métallique, par PASCHKIS et OBERMAYER. (*Med. Jahrb. Vienne*, n° 4.) — Etude du sulfonal, par KIEFFER. (*Thèse de Nancy.*) — Nouveaux narcotiques, le sulfonal, par CIONINI. (*Riv. di freniatria,* XIV, 1 et 2.) — Des propriétés analgésiques de l'antipyrine, par TOUIN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des propriétés physiologiques des composés chlorés de l'éthane, par DUBOIS. (*Arch. de physiol.*, 1er oct.) — Sur la saccharine, par CH. GIRARD. (*Revue d'hyg.,* X, 609, juillet.) — La saccharine, par SCHIVARDI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 70.) — De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques, par DELPLANQUE. (*Thèse de Paris,* 19 juillet.) — La créoline, par PASSERINI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 58.) — De l'action physiologique de la para et de la métaphénylène diamine, par DUBOIS et VIGNON. (*Arch. de physiol.*, 1er oct.) — De l'état des 3 aldéhydes isomères de nitrobenzol dans le corps animal, par ALEXANDRA SMIRNOWA. (*Thèse Berne,* 1887.) — De quelques éthers de l'acide salicylique et de leur état dans l'organisme, par MAX LESNIK. (*Thèse Berne,* 1887.) — De l'action antiseptique de l'iodoforme, par DUBREUILH. (*Bull. méd.*, 4 nov.) — Le guaiacol, par NOBILI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 76.) — La naphthaline, par CHÉRON. (*Union médicale*, 8 mai.) — Recherches pharmacologiques sur la naphtaline, par GAGLIO. (*Sperimentale,* mars.) — De la phénacétine, par F. MULLER. (*Therap. Monats.*, août.) — La phénacétine, par SCHIVARDI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 60.) — La phénacétine, par CATTANI. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 37.) — Immunité de la lanoline à l'égard des micro-organismes, par GOTTSTEIN. (*Berl. klin. Woch.*, 28 nov. 1887.)

Pharynx. — Bourse pharyngée et amygdale pharyngée, par SCHAEFFER. (*Monats. f. Ohrenh.*, août.) — De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille, par P. F. TAUZIN. (*Thèse de Bordeaux,* 1887-88, n° 54.) — Des influences réflexes sur le développement du catarrhe naso-pharyngé, par BUCK. (*Americ. otol. Soc.*, 17 juillet.) — Traitement de la pharyngite chronique, par WEIL. (*Med. Corr.-Bl. d. Würtemb. Aerztl.*, n° 12.) — Erysipèle primitif du pharynx, par CARDONE. (*Giorn. int. d. sc. med.*, avril.) — Un cas de pharyngite aiguë infectieuse; mort, par

Hewish. (*Med. News*, 8 sept.) — Abcès rétro-pharyngiens par carie des vertèbres cervicales, par Allexich. (*Riv. veneta di sc. med.*, juin.) — Etude sur le phlegmon infectieux du pharynx, par Obtulowicz. (*Przeglad lekarski*, n° 12.) — Mycosis leptothrix pharyngée, par Decker et Seifert. (*Verhandl. d. phys. med. Ges. Würzburg*, 2.) — Idem, par Oltuszewski. (*Gazeta lekarska*, n° 4.) — Le leptothrix du pharynx, par A. Jacobson. (Leipzig.)—De la pharyngomycose, par Lober. (*Bull. méd. du Nord*, juin.) — De la tuberculose du pharynx et du larynx, par Srebrny. (*Gazeta lekarska*, n° 10.) — Des tumeurs adénoïdes du pharynx au point de vue de leurs effets et de leur traitement, par Ricci. (*Gaz. d. ospit.*, n° 44.) — Des végétations adénoïdes, par E. Weil. (*Würtemb. med. Corr.-Bl.*, n° 27.)— Papillome diffus de la paroi postérieure du pharynx buccal, par Cozzolino. (*Boll. d. mal. della gola*, 1er janv.) — Tumeur du pharynx nasal, par Johnston. (*Brit. med. Assoc., Brit. med. J.*, 15 sept.) — Polype fibro-muqueux du pharynx nasal, par Warden. (*Ibid.*) — L'extirpation des polypes du pharynx nasal, par Lewis. (*Brit. Assoc., Brit. med. J.*, 15 sept.) — Grand kyste congénital de la bourse pharyngée chez un jeune enfant, par Lehmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVII, 1.) — Epithéliome de la bouche : ablation de l'amygdale et d'une partie du voile du palais, du pharynx et de la langue : laryngotomie préliminaire ; récidive de la tumeur, par Charters Symonds. (*Brit. med. J.*, p. 1272, juin.) — Benzoate de soude dans les affections de la gorge, par Boislinière. (*Saint-Louis Courier of med.*, fév.) —De l'emploi de l'électricité dans les maladies de la gorge, par Macintyre. (*Brit. med. Assoc. ; Brit. med. J.*, 15 sept.)

Phlegmon. — Pathogénie du phlegmon diffus, par Janot. (*Thèse de Nancy.*) — Traitement du phlegmon diffus, par Piguet. (*Thèse Montpellier*, n° 66.)

Photographie. — De quelques applications de la photographie à la médecine, par Bernard. (*J. sc. méd. Lille*, 24 août.)

Physiologie. — Manuel de physiologie, par Mac Kendrick. (In-8°, Glasgow.) — Physiologie des exercices du corps, par Lagrange. (In-8°, Paris.)

Pied. — Préliminaires à des recherches cliniques sur les empreintes plantaires ; l'empreinte chromographique des pieds, par A. Bianchi. (*La Riforma medica*, 20 et 21 août.) — Double pied bot varus équin, par Knox. (*Med. chir. Soc. Glasgow*, 12 oct.) — Traitement du pied bot par le redressement immédiat du pied après la ténotomie, par T. Vincent Jackson. (*Lancet*, 16 juin.) — Un cas de pied bot double congénital avec malformations multiples, par Pilliet. (*Progrès médical*, 22-29 septembre.) — Résultats lointains de la tarsotomie postérieure (ablation du talon) dans le pied varus-équin, par D. Morisani. (*Il Progresso medico*, septembre.)

Placenta. — Contributions à la connaissance du placenta humain, par Raissa Nitaburch. (*Thèse Berne*, 1887.) — Insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, par Marius Rey. (*Nouv. Arch. d obst.*, avril.) — Enkystement du placenta, par Géhé. (*Nouv. Arch. d'obst.*, avril.) — Placenta cervical marginal. Présentation de la face. Fœtus anencéphale avec spina bifida cervical. Brièveté extrême du cordon, par L. Gautier. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 211, avril.)

Plaies. — Balle Minié extraite du bassin 23 ans après la blessure ; guérison d'une fistule stercorale par les injections d'iode et d'acide phénique, par Ogier. (*Med. News*, 15 sept.)—Plaie par projectile de guerre. Oblitération artérielle et veineuse. Circulation supplémentaire et collatérale, par Potherat. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 août.) — Le cathétérisme des plaies granuleuses, par Mosetig-Moorhof. (*Wien. med. Presse*, n° 15, p. 505.)

Plèvre. — Pleurésies observées dans le service de Dieulafoy, hôp. Necker, en 1887, par JEANTON. (*Arch. de méd.*, nov.) — Du point de côté dans la pleurésie et la pneumonie, par LACOSTE. (*Thèse Montpellier*, n° 62.) — Le déplacement des exsudats pleurétiques en rapport avec les mouvements respiratoires profonds, par R. LATIS. (*Rassegna di scienze mediche*, n° 9.) — Pleurésie tuberculeuse hémorragique à marche infectieuse, péritonite tuberculeuse, par THIBAUDET. (*J. sc. méd. Lille*, 7 sept.) — Rapports de la pleurésie avec la tuberculose, par CORIVEAUD. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 juillet.) — De la pleurésie pulsatile, par ALFRED KEPPLER. (*Thèse Zurich*, 1887.) — De l'empyème pulsatile, par DE RENZI. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) —Les pleurésies pulsatiles; la pulsation endopleurale et exopleurale; nouveaux signes d'épanchements pleuraux abondants, par G. RUMMO. (*La Riforma medica*, n°s 219 à 222.)—De la ponction dans la pleurésie récidivante, par PETER. (*Union médicale*, 7 juin.) — Le traitement de la pleurésie par le lait, par ELOY. (*Gaz. hebd. de méd.*, 31 août.) — Résultats de la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séreux simples, par J. WINIGER. (*Thèse Bâle*, 1887.) — Dangers d'une évacuation trop rapide ou trop complète des épanchements pleuraux, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 6 juillet.)—Les microrganismes des pleurésies purulentes, par A. FRAENKEL et par EHRLICH. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 407 et 408, 14 mai.) — Observation pour servir à l'histoire de l'antisepsie pleurale dans l'hydropneumothorax, par J. RENAUT. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 juin.) — Pleurésie suppurée ; nature et traitement, par LÉGUXET. (*Thèse Montpellier*, n° 59.) — Trois cas d'empyème, par RUNEBERG. (*Soc. des méd. finlandais*, 17 mars.) — De la pleurésie purulente consécutive à la pneumonie fibrineuse aiguë, par L. MAZZOTTI. (*Memorie della R. Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna*, 1887-1888.) — Abcès pleuraux ayant donné lieu à une symptomatologie particulière ; pleurotomie ; résection costale ; mort, par GANGOLPHE et LECLERC. (*Revue de médecine*, juillet, p. 577.) — De l'empyème, historique, indications, etc., par GUY. (*Thèse de Bordeaux.*) — Observation d'empyème, par LLEWELLYN. (*Lancet*, 5 mai.) — Des empyèmes chroniques avec fistules thoraciques ; de leur traitement chirurgical et particulièrement de l'opération d'Estlander, par MICHAUX. (*Gaz. des hôp.*, 15 sept.) — Empyème, perte de la vision de l'œil droit, puis des deux yeux, hémiplégie, mort ; ramollissement cérébral intéressant les gyrus angulaires et les lobes occipitaux, par HANDFORD. (*Clin. Soc. of London*, 26 oct.) — Empyème récidivant 3 ans après la résection costale. Trépanation des os nouvellement formés, drainage, guérison, par ROGIVUE (sans détails). (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 378, 15 juin.) — Traitement des pleurésies purulentes par les ponctions répétées à courts intervalles, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 3 août.) — Traitement chirurgical de l'empyème, par PRIDGIN TEALE. (*Brit. med. j.*, p. 803, oct.) — Id., par HOWARD MARSH. (*Ibid.*, p. 805.) — Opération d'Estlander, par CHAOUÉ. (*Thèse Montpellier*, n° 52.) — Empyème ancien traité avec succès par les injections d'air, par OLDMAN. (*Lancet*, 16 juin.)—De l'empyème chronique traité par l'opération d'Estlander avec thoracoplastie, par NOTA. (*Riv. clin. Bologna*, déc. 1887.)

Poil. —Follicullite destructive des régions velues, par QUINQUAUD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 avril.)

Poumon. — De l'unicité de la pneumonie, par DUMONT. (*Thèse de Lille*, 6 déc. 1887.) — Pathogénie des maladies de l'appareil respiratoire, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 15 nov.) — De la contagiosité de la pneumonie et de la bronchopneumonie, par NALDONI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 74.) — De quelques localisations du virus pneumonique, diplococcus pneumoniæ, par WEICHSELBAUM. (*Wiener klin. Woch.*, 11 oct.) — De l'influence des condi-

tions atmosphériques sur la fréquence de l'érysipèle, des pneumonies et des bronchites, par LINDEN. (*Finska läkaresälls. handlingar*, XXX, n° 10.) —Contribution expérimentale à l'étude de la nature infectieuse de la pneumonie fibrineuse, par J. LIPARI. (*Il Morgagni*, août-septembre-octobre.) — De l'étiologie de la pneumonie croupale, par HOFMANN. (*Münch. med. Woch*, n° 41.) — Des formes typhoïdes et infectieuses de la pneumonie, par DAMASCHINO. (*Bull. méd.*, 19 août.) — Contribution à l'histoire de la pneumonie typhoïde, par LEGENDRE. (*Journ. de médec. de Bordeaux*, 17 juin.) — Pneumonie aiguë d'origine traumatique, par JOLLYE. (*Lancet*, 16 juin.) — La pneumonie grippale et la contagion de la pneumonie, par CHÉRON. (*Union médicale*, 9 oct.) — Un cas de pneumonie avec rechute chez une femme enceinte, par VERLET. (*Poitou méd.*, 1er août.) — La symptomatologie et le traitement de la spléno-pneumonie, par BOURDEL. (*Rev. gén. de chir.*, 22 nov.) —Le diagnostic de la spléno-pneumonie, par BOURDEL. (*Rev. gén. de chir.*, 2 août.) — Rechute, puis récidives de pneumonie, par PAUL FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 sept.) — De l'empyème consécutif à la pneumonie, par DONALD HOOD. (*Brit. med. j.*, p. 1051, mai.) — De la pneumokoniose anthracosique, par CARRIEU. (*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.) — Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses, par PETRESCO. (*Acad. de méd.*, 14 août, et *Gaz. hebd. de méd.*, 24 août.) — Les lavements gazeux de Bergeon dans les affections du poumon et du larynx, par SCHUSTER. (*Deut. med. Woch*, n° 15, p. 297.) — Des saignées et des vésicatoires dans la pneumonie, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 20 sept.) — Etude sur le traitement de la pneumonie par le tartre stibié, par J. T. E. ROBY. (*Thèse de Bordeaux*, 1887-88, n° 23.) — Pneumothorax mortel causé par une ponction exploratrice avec l'aiguille hypodermique, par BIGGS. (*N. York med. J.*, 14 janv.) — Pneumothorax à répétition (quatre attaques en 14 ans), par HOADLEY GABB. (*Brit. med. J.*, p. 178, juillet.) — Du pyopneumothorax tuberculeux, par LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 613, 23 juillet.) — Deux cas de tumeurs mélaniques des poumons, par WATSON TODD. (*Journ. of amer. Assoc.*, 14 juill., p. 53.)

Pression. — Les effets de l'altitude sur les hauts plateaux du Thibet, par CAPUS. (*Rev. scientif.*, 23 juin.) — De l'augmentation de la pression atmosphérique dans quelques pays situés au-dessous du niveau de la mer (et des indications thérapeutiques qui s'y rapportent), par WALTHER LENDLEY. (*N. York med. Record*, p. 242, sept.)

Prostate. — Anatomie pathologique de l'hypertrophie sénile de la prostate et applications au cathétérisme, par SCHLANGE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 572, 9 juillet.)—De l'hypertrophie prostatique, par MARTIN. (*Thèse Montpellier*, n° 78.) — Chirurgie de l'hypertrophie prostatique, par BELFIELD. (*N. York med. Record*, mars, p. 273.) — Ischurie permanente par hypertrophie prostatique, cautérisation galvanique, guérison, par TANSINI. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 23.) — De l'innocuité du cathétérisme antiseptique chez les prostatiques, par LAVAUX. (*Progrès médical*, 9 juin.) — Etiologie et pathogénie de la sclérose vésico-prostatique, par DESNOS. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 août.) — Formation d'un urètre artificiel dans les cas d'occlusion prostatique, par Mc GUIRE. (*Americ. surg. Assoc.*, 19 sept.) — De la taille hypogastrique appliquée aux ruptures de la prostate, par MONTAZ. (*Revue de chirurgie*, n° 7, p. 587.)—De la galvanopuncture de la prostate, par BIEDERT. (*Deutsche méd. Woch.*, n° 21, p. 412.)

Psoriasis. — Anatomie pathologique du psoriasis, par RIES. (*Viertelj. f. Dermat.*, XV, 5.) — Traitement des leucoplasies buccales par le baume du Pérou, par ROSENBERG. (*Therap. Monats.*, n° 10.) — L'arsenic contre le psoriasis, par FERRARESI. (*Raccoglitore med.*, n° 6.)

Psychose. — Contribution à l'étude de l'étiologie des psychoses, par Paul Ribaux. (*Thèse Bâle*, 1887.) — Un cas de psychose réflexe traumatique, par Thomsen. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 409, 14 mai.)—Des psychoses d'intention, par Meyer. (*Arch. f. Psychiatrie*, XX, 1.) — Explication des illusions des sens chez l'homme sain et le malade, par Hoppe. (Wurtzbourg.) —L'origine des illusions produites par le dessin et la peinture, par Soret. (*Rev. scientif.*, 3 nov.) — Sur les troubles passagers de l'intelligence, par Janchen. (*Wien. med. Wochenschrift,* n° 29-30.) — Psychopathie sexuelle, par R. von Krafft-Ebing. (3e édition revue. Stuttgart.) — Le vertige paralysant, par Bernadini. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — De la perversion du sens moral, par J. Wiglesworth. (*Lancet*, 5 mai.) — Des idées de persécution et de la psychose systématique chronique progressive, par Ballet. (*Semaine méd.*, 3 oct.) — Hypochondrie à deux, par de Brun. (*Bull. méd.*, 29 août.) —L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage. Les hallucinations psychomotrices, par Séglas. (*Progrès médical*, 18 avril.) — Deux cas d'hallucination unilatérale, par Raggi. (*Ann. univ. di med.*, août.) — De l'infection psychique, par Wollenberg. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — Dépression mentale et excrétion d'acide urique, par Haig. (*Practitioner*, nov.)

Ptomaïne. — Des ptomaïnes et des leucomaïnes, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 1er sept.) — Ptomaïnes et leucomaïnes; alcaloïdes putréfactifs et physiologiques, par Vaughan et Novy. (In-8°, Philadelphie.) — Ptomaïnes et leucomaïnes, revue par Pellacani. (*Riv. di freniatria,* XIV, 1 et 2.) — Les ptomaïnes, par J. C. Oliver. (*N. York med. Record,* p. 549, mai.) — Contribution à l'étude des ptomaïnes et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerpérale, par L. Bourget. (*Thèse Genève*, 1887.)— Du bain d'air chaud contre les ptomaïnes et les leucomaïnes; moyen d'accroître les oxydations et les éliminations, par Altdorfer. (*Med. Press and Circ.,* mai.)

Puerpéral (État). — Quelques remarques sur les maladies puerpérales indépendantes de la contagion, par Fehling. (*Arch. für Gyn.,* XXXII, 3.) — De l'érysipèle puerpéral, par Kroner. (*Ibid.*, XXXII, 3.) — Traitement général de la septicémie puerpérale, par Runge. (*Ibid.*, XXXIII, 1.)—Etiologie de la fièvre puerpérale, par Marsh. (*N. York med. journ.*, p. 568, 26 mai.) — Contribution à l'étiologie de la fièvre puerpérale, par Pfannenstiel. (*Centr. für Gyn.*, 22 septembre.) — Sur quelques cas de septicémie puerpérale causée par l'insalubrité de l'air, par Ch. Edward Underhill. (*Edinburgh med. Journal*, mai.) — De la septicémie puerpérale, par Thomas. (*N. York med. Record*, p. 686, juin.) — Note sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale, par Cornil et Widal. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 29 mai.) — Forme rare de fièvre puerpérale, par Harvey. (*Lancet*, 21 avril.) — Trois cas de néphrite puerpérale, par Lauritzen. (*Hosp. Tidende*, n° 16.) — Du curage dans le traitement de la métrite puerpérale, par Doléris. (*Journ. de méd.*, 5 août.) — Quel est le meilleur procédé antiseptique dans la fièvre puerpérale? par Ledruc Banta. (*Buffalo med. Journ.*, nov.) — Les indications des injections intra-utérines dans les états puerpéraux, par R. Murray. (*N. York med. Record*, p. 296, mars.) — Obs. de fièvre puerpérale traitée par les bains froids, par Tussau. (*Lyon méd.*, 9 sept.)

Purpura. — Du purpura, par Saundby. (*Midland med. Soc.*, 17 oct.) — Purpura hémorragique. Nécropsie, par Cureton. (*Lancet*, 30 juin.)

R

Rachis. — Variétés du nombre des vertèbres et des côtes, par Lorenzo Tenchini. (*Ateneo med. Parm.*, II, fasc. 2, avril.)—Contribution à l'étiologie et au traitement de la scoliose; action des attitudes passives et actives sur la déformation et la torsion vertébrales, par Reynier. (*Ann. d'orthop.*, 15 juin.) — Note sur les scolioses trophiques, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 28 sept.) — Carie vertébrale généralisée. Carie des quatre dernières côtes gauches. Abcès par congestion. Pleurésie, mort, par Princeteau. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 7 octobre.) — Mal de Pott, avec symptômes du côté des bras ressemblant à l'ataxie et du côté des jambes à la paralysie spinale spasmodique, par Hun. (*Med. News*, 28 juillet.) — Trépanation du rachis pour une fracture de la quatrième vertèbre cervicale, avec paralysie; mort, par Keetley. (*Brit. med. journ.*, 25 août.) — Appareils contre les courbures latérales du rachis, par Charles Scudder. (*New York med. journ.*, 19 mai.) — La paralysie par pression dans le mal de Pott, par George Elliot. (*New York med. journ.*, 2 juin.) — Traitement du mal de Pott, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 23 août.) — Traitement des cyphoses et des scolioses, par Motta. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Traitement des déviations du rachis, par Reynier. (*Soc. de méd. pratique*, 4 oct.) — Sarcome des vertèbres lombaires, par Edes. (*Journ. of Amer. assoc.*, 28 avril, p. 533.) — Tumeur coccygienne congénitale chez un nouveau-né, par Mac Carthy. (*Lancet*, 12 mai.) — Contribution à l'étiologie et au traitement de la coccygodinie, par M. Græfe. (*Zeisch. für Geb. und Gyn.*, XV, 2.)

Rachitisme. — Théories pathogéniques du rachitisme, par Gallis. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — Des altérations crâniennes dans le rachitisme, par Regnault. (*Thèse de Paris*, 15 nov.) — Du rachitisme intra-utérin, par J. Storp. (*Diss. inaug. Kœnisberg*, 1887.)— Résultats de 46 ostéotomies pour déformations rachitiques des membres inférieurs, par Busachi. (*Riv. clin. Bologna*, nov. 1887.)

Rage. — La première année d'existence de l'Institut anti-rabique de Palerme, par Celli. (*Boll. reale Accad. di Roma*, avril-mai.) — Nouvelles expériences tendant à démontrer l'efficacité des injections intra-veineuses de virus rabique en vue de préserver de la rage les animaux mordus par des chiens enragés, par Galtier. (*Acad. des Sciences*, 12 nov.) — Résistance du virus rabique à la dessiccation et à la décomposition cadavérique, par Galtier. (*Lyon méd.*, p. 463, 29 juillet.) — Sur les formes cliniques de la rage humaine, par Lannois. (*Lyon méd.*, 19 août.) — La rage au point de vue psychologique, par Ricaux. (*Thèse de Lyon*, n° 432.) — Examen histologique d'un cas de rage ,myélite descendante, par Schaeffer. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 1, p. 64.) — Cas d'hydrophobie. Autopsie, par Parker. (*Lancet*, 16 juin.) — Rage paralytique, par Bristowe et Horsley. (*Clin. Soc. of London*, 9 nov.) — Deux cas de rage à l'Hôtel-Dieu de Rouen, par Brunon. (*Normandie médicale*, 1er oct.) — Observation de rage paralytique, par Courtade. (*Union médic.*, 8 mai.) — Les inoculations préventives de la rage, par Liceaga. (In-8°, *Mexico*.) — Deux nouvelles méthodes de confirmation de la rage chez les animaux mordeurs, par Bareggi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 62.) — Inefficacité des injections d'essence de tanaisie contre la rage, par Bareggi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 27.) — De l'hydrophobie et de son traite-

ment par les bains chauds, par V. Horsley. (*Brit. med. journ.*, p. 1207, juin.)

Rate. — Note sur le développement histologique de la rate des poissons, par E. Laguesse. (*Soc. Biologie*, 7 juillet.) — Un cas de rate mobile, par A. d'Agnello Bellet. (*Il Morgagni*, septembre.) — Diagnostic des tuméfactions de la rate, par Mosler. (*Soc. méd. de Greifswald*, 5 mai.) — Deux cas d'extirpation de la rate, par Asch. (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 1.) — Rate ectopiée, adhérences aux organes du petit bassin, par Bonome. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Un cas d'extirpation de la rate, par Liebmann. (*Sperimentale*, août.) — Des ruptures spontanées de la rate, par Barrallier. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Rectum.— Le rectum et l'anus, par Symington. (*Journ. of anat. and phys.*, oct.) — Le rectum considéré comme un champ, pour les spécialistes, par Bodenhamer. (*New York med. journ.*, p. 513, 12 mai.) — Des maladies du rectum, par Alfred Cooper. (*Londres*, 1887, in-8°, 192 p.) — Des maladies de l'anus et du rectum, par Ch. Ball. (*New York*, 1887, in-8°, 416 p.) — Des lésions du rectum pansées par des lavements, par Achilles Nordmann. (*Thèse Bâle*, 1887.) — Concrétion rectale, par Ingleby Mackenzie. (*Lancet*, 21 avril.)— Idem, par Tyson. (*Ibid.*, 5 mai.)— Neuf cas de colotomie inguinale pour des cancers du rectum, guérison, par Harrison Cripps. (*Brit. med. journ.*, p. 760, oct.) — Blessure du rectum par coup de feu, par Delmas. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Opération complémentaire de l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum, par Delorme. (3e *Congrès franç. de chir.*) — Les antiseptiques dans la chirurgie du rectum, par Kelsey. (*Internat. journ. of surg.*, avril.)

Réflexe. — De la valeur sémiologique des réflexes tendineux, par Guinon. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept.) — La percussion de la rotule, par Borgherini. (*Riv. di freniatria*, XIV, 1 et 2.) — D'où part le réflexe de déglutition ? par Nicolaus Wassilieff. (*Thèse Berne*, 1887.)

Rein. — Capsules rénales accessoires, par Ivan Michael. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 120.) — Variété des lésions rénales dans une même maladie expérimentale, par Charrin. (*Soc. Biol.*, 2 juin.) — Nouvelles recherches sur la pathogénie de la glomérulo-néphrite, par Obrzut. (*Rev. de méd.*, sept.)— Recherches expérimentales sur la pathogénie des néphrites, par auto-intoxication, par Gaucher. (*Rev. de méd.*, nov.) — Atrophie du rein, par Janot et Prantois. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.) — Polyurie simple, par Grancher. (*Gaz. méd. de Paris.*, 9 juin.) — Lithiase rénale, par Lancereaux. (*Union médicale*, 5 juin.) — Anurie par obstruction pendant cinq jours. Diurèse abondante. Guérison, par Counsell. (*Lancet*, 19 mai.)—Sur un cas de rein atrophique, par Perré. (*Loire méd.*, 15 août.) — Atrophie primitive des reins et cirrhose atrophique du foie, par Cimbali. (*Sperimentale*, mars.) — Anurie complète (8 jours), guérison, par Ostrander. (*New York med. Rec.*, 26 nov., 1887.)— Uretérite, diagnostic et symptomatologie, par Kelly. (*Amer. Gyn. Soc.*, 18 sept.) — Néphrite albumineuse dans le cours d'un ictère catarrhal, par Laurent. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 mai.) — Maladie de Bright, d'origine infectieuse, par Fernet. (*Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet.)— Epistaxis graves comme première manifestation d'une néphrite interstitielle, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin.)— Maladie chronique de Bright, sans albuminurie, par Selley. (*New York med. Record.*, mars, p. 253.) — Rapports des maladies du rein avec les maladies du cœur, par da Costa. (*New York med. Record.*, mai, p. 485.) — Un cas d'auto-intoxication par l'acétone, par Juffinger. (*Wiener klin. Woch.*, n° 17.) — Valeur absolue et relative de la présence de

l'albumine dans le diagnostic et le pronostic des maladies du rein, par Edes. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 18 sept.) — Les modifications cardiaques dans la maladie chronique de Bright, par Loomis. (*Assoc. of Amer. Phys.*, 18 sept.) — Des rapports entre la néphrite chronique interstitielle et l'angine de poitrine, par Chew. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 18 sept.) — Néphrite congestive aiguë, par Doyon. (*Lyon méd.*, 4 nov., p. 352.) — Quelques points du traitement du mal de Bright, par Ch. Wood. (*New York med. Record.*, p. 320, mars.) — Diagnostic des tumeurs des reins, par Stiller. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 33.) — Le rein mobile chez la femme, par H. Lindner. (*Berlin.*) — Du traitement des reins mobiles ou flottants, par la néphroraphie, par Duret. (*Journ. sc. méd., Lille*, 27 juil.) — Hydronéphrose, néphrectomie. Guérison, par Bishop. (*Lancet*, 5 mai.)— Traitement chirurgical des calculs du rein, par H. Morris. (*Lancet*, 16 juin.) — Grand kyste du rein, laparotomie, guérison, par Van der Veer. (*New York med. journ.*, 28 janv.)— Rein kystique énorme ; néphrectomie, mort, par Bellamy. (*Brit. med. journ.*, 10 nov.) — Néphrectomie pour hydronéphrose d'un rein ectopié, par Gallozzi. (*Incurabili*, n° 17.) — Un cas d'extirpation du rein, par L. H. Dunning. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 19 nov. 1887, p. 651.)— Néphrolitotomie, par Mac Cosh. (*New York med. Record.*, avril, p. 470.) — Trois cas de néphrotomie, par Miller. (*Edinb. med. journ.*, juin.) — Deux cas d'extirpation du rein, par Bantock. (*Brit. gyn. Soc.*, 24 oct.) — Tuberculose primitive du rein, par Loomis. (*New York med. Record.*, p. 77, janv.) — Extirpation d'un rein tuberculeux, par Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 avril.) — Cancer du rein, oblitération de la veine cave inférieure, par Lépine. (*Lyon méd.*, p. 434, 22 juillet.) — Cancer du rein, ablation, guérison, par Israel (XVIIe *Congr. chirurg. allem. Cent. f. Chir.*, n° 24.) — Néphrectomie : 1° pour plaie du rein par arme à feu; 2° pour tuberculose rénale, par Willard (*Americ. surg. Assoc.*, 20 sept.) — Traumatismes du rein, de la contusion rénale, par Tuffier. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Rupture du foie et du rein droit ; absence de lésions pariétales, mort par hémorragie, par Dagron. (*Bull. Soc. anat.*, p. 688.)

Résection. — Étude des résections des grandes articulations (120 cas : 19 épaules, 40 hanches, 51 genoux, 6 cous-de-pied), par Ashhurst. (*Americ. surg. Assoc.*, 18 sept.) — Contribution à l'étude des résections atypiques dans les articulations, par Albert Soulter (*Thèse Genève*, 1887.) — Résection du sternum pour abcès rétro-sternal, par Rustizky. (*Chirurgitchesky Vestnik*, juillet et août 1887.) — Résection orthopédique du coude droit pour une ankylose osseuse à 130 degrés; retour des mouvements, articulation solide, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.* 18 sept.) — Note sur la résection du coude, par D. Mollière. (*Lyon méd.*, 21 oct.) — Résultats éloignés d'une résection du tiers supérieur de l'humérus, par H. Hurd. (*Annals of Surg.*, juin, p. 431.) — Observation d'un cas de résection du poignet, suivie de guérison, par Scheffer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er sept.) — Un cas de résection totale de l'os iliaque droit pour ostéosarcome ; guérison, par Roux. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* n° 12, p. 377, 15 juin ; et *Revue méd. Suisse romande*, VIII, 355, juin.) — Traitement de l'ankylose vicieuse de la hanche, par Perman. (*Arsberitt f. Sabbatsb sjukhus for* 1887.) — Appréciation des incisions préconisées pour la résection de la hanche, par Rochet. (*Province médicale,* 2 sept.)—Résultats, après trente années, de deux cas de résection du genou, par Henri Lee. (*Lancet*, 21 avril.) — Nouvelles observations de résection du genou consolidée sous un seul pansement, par Duzéa. (*Rev. de chirurgie,* n° 7, p. 577.) — Résection tibio-tarsienne, par Kirmisson. (*Gaz. des hôp.*, 23 oct.) — Résection des os de la jambe et du calcanéum, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 25 sept.) — Résection ostéo-

plastique du pied, par Gross. (*Med. News*, 27 oct.) — Résection du pied; méthode de Mikulicz, par Mac Cormac. (*Lancet*, 5 mai.)

Respiration. — Recherches expérimentales sur les phénomènes chimiques de la respiration, par Poulet. (*Arch. de Physiol.*, 15 février.) — De l'influence de la respiration sur la circulation artérielle, par Schulmann. (*Thèse de Lille*, 19 oct. 1887.) — A propos des centres respiratoires, par E. Wertheimer. (*Soc. Biol.*, 21 juillet.) — Du nœud vital ou centre respiratoire bulbaire, par J.-V. Laborde. (*Soc. Biol.*, 7 juillet.) — Influence de la respiration artificielle sur la pression sanguine dans le système aortique, par H. Kronecker et Heinricius. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 9, p. 277, 1er mai.)

Rétine. — De la région ciliaire de la rétine et de la zonule de Zinn, par Claeys. (*Arch. de biol.*, VIII, 3 et 4.) — Anatomie de la région interne de la rétine, par Rampoldi. (*Ann. di Ottal.*, n° 1.) — Etude expérimentale sur les rétinites, par Baquis. (*La Riforma med.*, 5 mars.) — Note sur la valeur symptomatique de l'irido-cyclite, dans les décollements antérieurs de la rétine, par Puech. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 sept.) — Ponction de la rétine dans le décollement, par Sulphen. (*Americ. Oph. Soc.*, 19 juillet.)— Embolie de l'artère centrale de la rétine, par Oliver. (*Americ. Ophtal. Soc.*, 18 juillet.) — Trois cas d'embolies de l'artère centrale de la rétine, par Williams. (*St-Louis med. and surg. journ.*, LIV, n° 2.) — La rétinite albuminurique, par Jackson. (*Med. News*, 1er sept.) — Un point relatif à l'hémorragie rétinienne, par Lang. (*Opht. Soc. of united kingdom*, 8 nov.) — Pseudo-cysticerques (hémorragies rétiniennes), par Hirschberg. (*Cent. f. prakt Augenh.*, sept. 1886.) — Gliosarcome de la rétine, remarques sur les processus nucléaires progressifs et régressifs, par Mazza. (*Ann. di Ottalm.*, n° 2.)

Rhumatisme. — Sur le microbe du rhumatisme articulaire aigu, par Popoff. (*Med. Pribard. Morsk. Sborn.*, nov. 1887.) — Du rhumatisme articulaire aigu, maladie générale infectieuse, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 21 août.) —Analyse de 500 cas de rhumatisme articulaire aigu, par Walter Syers. (*Lancet*, 30 juin.) — Quelques cas de polyarthrite rhumatismale aiguë, par Cortella. (*Gaz. di Ospit.*, n° 56.) — Des spasmes musculaires consécutifs aux lésions rhumatismales chroniques des jointures, par G. Ballet. (*Soc. méd. des hôpit.*, 8 juin.) — Valeur du salol dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par Rose Bradford. (*Lancet*, 2 juin.) — Injections d'acide osmique dans le rhumatisme musculaire, par Grinevitski. (*Practitioner*, sept.)— Cascara sagrada dans le rhumatisme, par Goodwin. (*New York med. journ.*, p. 629, 9 juin.)

Rougeole. — De la rougeole des adultes, 28 cas sur 800 cas observés à Kœnigsberg, 1 mort, par Bohn. (*Deut. med. Woch.*, n° 18, p. 352.)— Rougeole hémorragique suivie d'ulcère de l'estomac, mort par hémorragie, par R. Abbe. (*New York med. journ.*, 29 oct. 1887.) — De la rougeole dans les milieux où se trouvent de très jeunes enfants, par A. Ollivier (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 août.) — Broncho-pneumonie morbilleuse mortelle avec emphysème sous-cutané du tronc, par Dentan. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, 368, juin.) — Amblyopie suite de rougeole, par Boucher. (*Soc. d'Oph. de Paris*, 6 nov.) — Rougeole survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, par S. Ringer. (*Lancet*, 30 juin.)

S

Salivaire (App.) — Aptyalisme persistant, bouche sèche, par HUTCHINSON. (*Clin. Soc. of London*, 26 oct.) — Calcul salivaire du canal de Wharton, par A. ROSENBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — Plaie du canal de Sténon, suivie d'inactivité de la parotide, par SINNE. (*Med. News*, 14 juillet.) — Tumeur de la glande sous-maxillaire, par A. PONCET. (*Gaz. des hôp.*, 14 août.)

Sang. — Le lavage du sang, par DASTRE et LOYE. (*Arch. de physiol.*, n° 16, 15 août.) — Procédé permettant de doser la méthémoglobine à côté de l'oxyhémoglobine, par E. LAMBLING. (*Soc. biol.*, 19 mai.) — Action réductrice exercée par l'indigo blanc sur l'oxyhémoglobine du sang, par E. LAMBLING. (*Soc. biol.*, 28 avril.) — Reproduction des matières albuminoïdes du sang, par SOPHUS TORUP. (*Soc. biol.*, 28 avril.) — Etude sur la méthémoglobine, par BERTIN. (*Thèse Montpellier*, n° 51.) — Sur l'influence de la digestion et des médicaments sur le nombre des leucocytes du sang, par POHL. (*Wiener med. Wochenschrift,* n° 28, p. 765.) — De l'excrétion des produits de réduction de l'hématine dans les maladies, par C.-A. MACMANN. (*Brit. med. journ.*, p. 117, juillet.) — Etudes des concrétions sanguines par précipitation, par G. HAYEM. (*Acad. des sc.,* 15 octobre.) — Des conditions qui empêchent la coagulation du sang, par SALVIOLI. (*Arch. per le sc. med.*, XII, n° 3.) — Sur le nombre des corpuscules du sang et leur teneur en hémoglobine à l'état de santé et de maladie, par WILKENS. (*Arsberätl. f. Sahbatsb. Sjukkhus*, février 1887.)

Sarcome. — L'influence nerveuse sur la genèse du sarcome cutané, par JAJA. (*Arch. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 3.) — Deux cas de sarcome de la cuisse, par NEVE. (*Lancet,* 30 juin.) — Ablation d'un sarcome sous-claviculaire chez une femme de 29 ans. Pas de récidive au bout d'un an, par AUG. REVERDIN. (*Revue méd. Suisse rom.*, VIII, 228, avril.) — Sarcome multiple, mort, autopsie, par GILLIBRAND. (*Lancet*, 9 juin.)

Saturnisme. — Sur un cas d'intoxication saturnine observé dans la fabrication du cartonnage à la machine, par DUGUET. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 124.) — Intoxication professionnelle par les cotons teints au chromate de plomb, par PERRET et BERTHET. (*Province méd.*, 11 août.) — De la parotidite chronique saturnine, par VALENCE. (*Thèse de Nancy*, 11 juillet.) — Poussées de congestion pulmonaire, paralysie traumatique de l'avant-bras, saturnisme, hystérie, hémianesthésie totale, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 28 août.) — Paralysies fonctionnelles chez un saturnin, guéries par la suggestion, par EISENLOHR. (*Soc. méd. de Hambourg,* 24 janvier.) — Encéphalopathie saturnine mortelle chez un ouvrier en caractères d'imprimerie, par LINDT. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, n° 9, p. 283, 1er mai.) — Goutte et saturnisme dans la marine, par BOURGUIGNON. (*Thèse de Bordeaux*, n° 47, 1887-1888.) — Observation d'intoxication saturnine, par WICKHAM. (*Union médicale*, 28 juin.) — De la colique de plomb et de son traitement par les injections rectales d'éther, par AUBRY. (*Thèse de Bordeaux.*)

Scarlatine. — De la scarlatine et de l'hygiène, par MAGNANI. (*Gaz. med. ital. Lombard.*, n° 20.) — Statistique épidémiologique de la scarlatine, par WHITHELEGGE. (*Brit. med. journ.*, p. 1165, juin.) — Épidémie de scarlatine

(Étude sur l'origine et sur quelques formes frustes, par CASTELLANET. (*Thèse de Montpellier,* n° 55.) — Cinquante cas de fièvre scarlatine, par H. JACKSON. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 551, 5 mai.) — Un cas de coexistence de scarlatine et de rougeole, par DENTAN. (*Revue médic. Suisse romande,* VIII, 367, juin.) — Scarlatine et varicelle observées simultanément chez le même malade, par J. GELTUNG. (*Tidsskrift for praktisk Medicin*, n° 16, 1887, et *Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.*, Heft 3) — Coexistence d'un érythème avec la scarlatine, par ROBINSON. (*Lancet*, 16 juin.) — Scarlatine typhoïde, par MANQUAT. (*Bull. méd.*, 14 novembre.) — Scarlatine fruste, par SQUIRE. (*Lancet*, 5 mai.) — Convulsions urémiques consécutives à une néphrite scarlatineuse, par JAMES MASON. (*Lancet,* 15 juillet.) — Des complications rénales de la scarlatine, par TISSIER. (*Gaz. des hôp.*, 10 novembre.) — Du rhumatisme scarlatineux, par OLLIVIER. (*Semaine méd.*, 24 octobre.) — Forme grave, avec récidive, de scarlatine (otite, néphrite, angine pseudo-membraneuse, phlegmon parotidien), par KURSHANSKY. (*Russkaïa med.*, n° 43, 1887.) — Deux cas de scarlatine chirurgicale, par CHAVIER et FÉVRIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er septembre.) — Eruptions scarlatiniformes pendant les suites de couches, par MACKNESS. (*Edinb. med. journ.,* août.) — Du traitement de la scarlatine, par COUPER. (*Glasgow med. journ.*, avril.) — Valeur thérapeutique de l'oxygène dans la fièvre scarlatine, par GRESSWELL. (*Practitioner*, novembre.)

Sclérodermie. — De l'étiologie de la sclérodermie, par ERBEN. (*Viertelj. f. Dermat.*, XV, 5.)

Sclérose. — Sclérose tubéreuse? ou hypertrophique, par THIBAL. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Sclérotique. — Rupture de la sclérotique comprenant la région ciliaire, par POLLOCK. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 19 octobre.)

Scorbut. — Du scorbut, par VARIOT. (*Bull. méd.*, 19 septembre.)

Septicémie. — La question des intoxications septiques, par KOSSOROTOW. (*Inaug. Diss. Saint-Pétersbourg.*) — Traitement par l'essence de térébenthine (intus et extra) de la septicémie pseudo-membraneuse des organes génitaux féminins, par RAPIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 370, 15 juin, et *Revue médic. Suisse romande*, VIII, 357, juin.) — De l'influence des mouvements sur l'absorption septique, par BRAXTON HICKS. (*Amer. journ. of med. sc.*, p. 38, juillet.)

Serpent. — Action du venin de serpent, par FEOKFTISTOFF. (*Mém. Acad. des sciences*, *Saint-Pétersbourg*, et *Bull. méd.*, 7 octobre.)

Sommeil. — La maladie du sommeil et ses rapports avec la pellagre ; examen des centres nerveux, par CALMETTE. (*Arch. de méd. nav.*, novembre.) — Pourquoi dormons-nous? par L. ERRERA. (*Il Progresso medico*, mai.)

Sperme. — De la spermatogenèse chez les vertébrés, par BERGONZINI. (*Rassegna di sc. med.*, n° 7.) — Contribution à l'étude du développement des spermatozoïdes chez les mammifères, par A. KOLOSSOW. (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 30.)

Spina bifida. — Spina bifida, forme spéciale avec autres malformations. par BEATSON. (*Glasgow path. and chir. Soc.*, 8 octobre.) — Spina bifida cervical guéri par une injection de la liqueur de Morton, par BEATSON. (*Ibid.*) — Note sur le spina bifida, injections de Morton, 2 cas, 1 guérison,

1 mort, par Holt. (*N. York med. journ.*, 5 novembre 1887.) — Traitement de spina bifida, par Clémet. (*Thèse de Nancy.*)

Stérilité. — Causes de la stérilité masculine, par Fürbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 511, 18 juin.) — Leçon sur la stérilité chez la femme, par Th. More Madden. (*Brit. med. journ.*, p. 844, avril.) — L'importance de l'examen microscopique dans le traitement de la stérilité chez la femme, par Marion Sims. (*Amer. gyn. Soc.*, 20 septembre.)

Strabisme. — Strabisme convergent aigu, suite d'anémie par anchylostomiase, par Rampoldi. (*Ann. di ottalmol.*, n° 2.) — Insuffisance des muscles droits internes, par Hansell. (*Med. News*, 18 août.) — Ténotomie graduée dans le traitement des insuffisances des muscles oculaires, par Thomas. (*N. York med. journ.*, 21 avril.) — Avancement capsulaire dans le strabisme, par Astengo. (*Gaz. di ospit.*, n° 16.)

Sueur. — Hyperhydrose de la région dorsale de la main et à l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche, par Alpago. (*Rivista veneta di sc. med.*, juillet 1887.)

Surmenage. — Maladies attribuées par erreur à l'influence exclusive du surmenage intellectuel, par Segay. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mai.)

Synoviale. — Ganglions de la face palmaire de la main déterminant des névralgies, par Witzel. (*Cent. f. Chir.*, n° 8.)

Syphilis. — Traité des maladies vénériennes et de la syphilis, par Isidor Neumann. 1re partie : Les affections blennorrhagiques. (*Vienne.*) — La prophylaxie publique de la syphilis, par Barthélemy. (*Union médicale*, 10 mai.) — De la syphilis récidivée, par Du Castel. (*Semaine médicale*, 22 août.) — Vaccination et syphilis, par Signorini. (*Sperimentale*, mars.) — Scrofule et syphilis, par Mannino. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 3.) — Syphilis et scrofulose, par Rabl. (*Wiener klin. Woch.*, 11 octobre.) — Deux cas de syphilis maligne, par Hjelmman. (*Finska läkares. handlingar*, XXX, n° 9.) — Des formes graves de la syphilis ; comment et pourquoi la syphilis devient grave ; pronostic de la syphilis, par Morel-Lavallée. (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre.) — Un cas de syphilis infantile tardive. Contamination de la nourrice, par Fredet. (*Union médicale*, 11 août.) — Syphilis héréditaire tardive, par Morel-Lavallée. (*Union médicale*, 3 mai.) — La syphilis héréditaire tardive, par Grancher. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 juillet.) — Considérations sur la syphilis héréditaire tardive, par Sturgis. (*N. York med. Record*, p. 395, avril.) — Sur la syphilide primaire (chancre) double à distance, par Ohmann-Dumesnil. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 18.) — Chancre primitif de la paupière supérieure, par Mackay. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 6 juin.) — Chancre induré occasionné par un rasoir, par Cheminade. (*Ann. de Dermat.*, IX, nos 8 et 9.) — Des erreurs de surprise dans le diagnostic du chancre syphilitique, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 20 novembre.) — Syphilis buccale, par Steward. (*Lancet*, 30 juin.) — Contribution à l'étude de l'angine syphilitique précoce, par Du Castel. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 juin.) — Traitement des syphilides secondaires de la bouche par les injections mercurielles, par Rosolimos. (*Ann. de Dermat.*, IX, nos 8 et 9.) — Syphilis orbitaire, par Macery. (*British med. journ.*, n° 1427, p. 971.) — De la syphilis pulmonaire, par Beissel. (61e *réunion des natural. allemands*, *Cologne.*) — Lésions rénales et cérébrales d'origine syphilitique, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 23 octobre.) — Syphilis de la portion vaginale de l'utérus, par Rode. (*Norsk Mag. f. Lägevid.*, III, n° 5.) — De la syphilis congénitale

du cerveau et de la moelle, par SIEMERLING. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 1.) — De la syphilis nerveuse précoce, analgésie et anesthésie, par SCHMITT. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Syphilis tertiaire, névrite sciatique d'origine syphilitique, par DERVILLE. (*Journ. sc. méd. Lille*, 5 octobre.) — Un cas d'aphasie pendant la période secondaire de la syphilis, par J. WILSON. (*N. York med. Record*, p. 179, août.) — Trois cas de syphilis du système nerveux, par VERONESE. (*Riv. veneta di sc. med.*, avril.) — De la syphilis du système nerveux, par CLAUDE. (*Thèse de Nancy.*) — Influence de la syphilis sur les maladies du cerveau, par DERVILLE. (*Journ. sc. méd. Lille*, 10 août.) — Influence de la syphilis sur les névroses et notamment sur l'hystérie, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 23 août.) — De la syphilis et de ses rapports avec la folie, par SAVAGE. (*Amer. journ. of insanity*, janvier.) — Observation d'idiotie et d'imbécillité dues à la syphilis héréditaire, par BEACH. *Idem*, par SHUTTLEWORTH. (*Ibid.*) — De la syphilis nerveuse précoce, hémiplégie et endartérite précoces, par SCHMITT et BARABAN. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre.) — Les rapports de la syphilis avec l'ataxie locomotrice, par HEINRICH NAEGELI. (*Thèse Zurich*, 1887.) — Épilepsie et syphilis, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 13 sept.) — Épilepsie syphilitique, par FÉDORE. (*Thèse Montpellier*, n° 57.) — Syphilis et épilepsie, par PARIZOT. (*Gaz. des hôp.*, 25 septembre.) — Trois observations d'hémiplégie d'origine syphilitique, par RIFF. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er août.) — Paraplégie précoce d'origine syphilitique, par CHEMINADE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 août.) — Un cas de lésion syphilitique de la moelle, par M'CALL ANDERSON. (*Glasgow med. journ.*, avril.) — Diagnostic différentiel entre la parésie générale, certaines formes de la syphilis intra-cranienne et le type cérébral de la sclérose diffuse, par GRAY. (*Amer. neurol. Soc.*, 19 septembre.) — Thrombose marastique par cachexie syphilitique, par PESCIONE. (*Boll. d. cliniche*, n° 5.) — Deux cas de démence produite par de l'artérite syphilitique, par H. SAVAGE. (*Brain*, p. 115, avril.) — De l'artérite syphilitique, par LE ROUX. (*Thèse de Paris*, 31 octobre.) — Artérite, aortite, dilatation simple et uniforme de l'aorte, hémiplégie et aphasie, lésions rénales d'origine syphilitique, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 18 septembre.) — Syphilis et eczéma séborré, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 21.) — Syphilide ulcéreuse simulant un chancre syphilitique, par PORTALIER. (*Ann. de dermat.*, IX, nos 8 et 9.) — Syphilis héréditaire simulant la lèpre, par OHMANN-DUMESNIL. (*Journ. of cutan. diseases*, octobre.) — Siphilidermie dyschromateuse à localisations multiples, par CHAMBARD. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 10.) — Syphilis et érythèmes non spécifiques, par TESTU. (*Thèse de Lille*, 6 mars.) — Lupus syphilitique de la face, monstruosité, par BOGDAN. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, juin.) — Sur un cas d'ostéo-arthropathie hyperostosique tardive chez un hérédo-syphilitique, par ROLLAND. (*Thèse de Bordeaux*, n° 80, 1887-1888.) — Arthrite syphilitique du genou, par HUTCHINSON. (*London pathol. Soc.*, 16 octobre.) — Sur un cas d'ostéo-arthropathie hyperostosique tardive chez un hérédo-syphilique, par ROLLAND. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas de syphilis héréditaire tardive simulant une tumeur blanche, par MANNINO. (*Riv. clin. Bologna*, novembre 1887.) — Arthrite syphilitique secondaire, par CHEMINADE. (*Ann. de dermat. et de syph.*, n° 7.) — Traitement abortif de la syphilis, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 9 octobre.) — Contribution à l'étude du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre, par THIÉRY. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 août.) — La destruction du syphilome initial comme prophylaxie de la syphilis constitutionnelle, par SALSOTTO. (*L'Osservatore* et *Giorn. ital. delle mal. vener.*, fasc. 2.) — Notes sur le traitement de la syphilis, des chancres, de la gonorrhée et de la blennorrhée, par LOWNDES. (*Lancet*, 26 mai.) — Le traitement abortif

de la syphilis, par White. (*Med. News*, 27 octobre.) — Le traitement mercuriel longtemps continué est-il favorable dans la syphilis? par Prettyman. (*N. York med. Record*, p. 261, septembre.) — De l'emploi du salicylate de mercure, par Plumert. (*Vierteljj. f. Dermat.*, XV, 5.) — Traitement interne de la syphilis par les mercuriaux, étude comparée du sublimé et du protoiodure, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 8 novembre.) — Indications des frictions et des fumigations mercurielles dans la syphilis, par Fournier. (*Rev. gén. de clin.*, 18 octobre.) — Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'huile grise benzoïnée, par Balzer et Reblaub. (*Bull. méd.*, 16 septembre.) — A propos des injections de calomel, par Soffiantini. (*Bull. méd.*, 21 novembre.) — Un point noir dans l'huile grise, par Diday. (*Bull. méd.*, 9 septembre.) — Des injections de mercure salicylé et thymolé dans la syphilis, par Jadassohn et Zeising. (*Vierteljj. f. Dermat.*, XV, 5.) — De l'empoisonnement mercuriel dans le traitement de la syphilis, par Schuster. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 20.) — Des inconvénients et des dangers inhérents au traitement de la syphilis par les injections de mercure pratiquées à intervalles éloignés, par Hallopeau. (*Bull. méd.*, 22 août.)

T

Tabac. — Les manufactures de tabac ont-elles une influence nocive sur la grossesse et sur le produit de la gestation, par de Pradel. (*Jour. de méd.*, 5 août.) — Les effets toxiques de la fumée de cigarette (résultat de l'inhalation), par Dudley. (*Med. News*, 15 sept.) — Du vertige des fumeurs, par Decaisne. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 mai.) — Atrophie optique d'origine tabagique chez trois frères, par Edgar Browne. (*Brit. med. jour.*, p. 1338, juin.)

Tænia. — Un hôte intermédiaire dans le développement du bothriocephalus latus, par Zschokke. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, n° 14.) — Sur les tænias simples, à propos de l'observation d'un enfant qui a expulsé huit tænias solium, par Fabre. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 sept.) — Observation de tænia mediocanellata et de plusieurs tænias nana, chez un enfant de 6 ans, par Perroncito et Airoldi. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.)

Teigne. — L'école des teigneux à l'hôpital Saint-Louis, par Dubrisay. (*Rev. d'hygiène*, IX, p. 296.) — Teigne faveuse guérie par la cataphorèse électrique, par Ambrosi. (*Raccoglitore med.*, n° 9.) — Sur la nature de la pelade d'après quelques observations recueillies à l'hôpital de Cherbourg, par Nollet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Étude de l'alopecia areata, par Kasanli. (*Vratch*, n° 39.) — La question de la contagiosité de l'alopecia areata, par Eichhoff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 20.) — Préparations microscopiques de favus, par Dun et Pollock. (*Glasgow med. chirurg. Soc.*, 9 mars.)

Température. — La température, le pouls, la respiration, à l'état de santé et de maladie, par Handford. (*Practitioner*, nov.) — Nouvelles recherches de calorimétrie animale, par d'Arsonval. (*Soc. Biologie*, 28 avril.) — Influence de la température sur la valeur de la tension de dissociation de l'oxyhémoglobine, par Léon Brasse. (*Soc. Biologie*, 28 juillet.) — Recherches sur la chaleur rayonnée par le corps humain, par Arnold Masje. (*Thèse Zurich*, 1887.) — Valeur clinique de la thermométrie dans

quelques maladies aiguës et chroniques, par Affleck. (*Edinb. med. journ.* juillet.)

Tendon. — Contribution aux tumeurs des gaines des tendons, par Jaksch. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 36.) — De la suture des tendons, par Courtin. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 mai.)

Testicule. — Traitement de l'hydrocèle par l'incision de la vaginale et par un nouveau procédé, par Mac Nutt. (*Med. News*, 18 août.)— Ouverture d'hydrocèles dans la cavité péritonéale, par J. Dandé. (*Montpellier méd.*, p. 311, avril.) — Castration pour hydrocèle communiquant avec une hématocèle scrotale, survenue pendant un effort, par Berthold Flothmann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 563, 9 juillet.) — Hydrohématocèle par rupture des tuniques vaginale et fibreuse, par Nicaise. (*Revue de chir.*, n° 3, p. 213.) — De l'hydrocèle et de son traitement, injections irritantes et cure radicale ou incisions antiseptiques, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — De la névralgie testiculaire. par Carmouze. (*Thèse de Bordeaux.*) — Orchi-épididymite par effort, par Pellier. (*Union médicale*, 6 septembre.) — Plaie contuse du scrotum produite par écrasement. Hernie complète des deux testicules. Réduction. Guérison, par Auriol. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 361-362.) — De l'épididymite et de l'orchite simple, tuberculeuse et syphilitique, par Landi (*Raccoglit. med.*, n° 10.) — Traitement du testicule tuberculeux, par Villeneuve. (*Marseille médical*, 30 juillet.) — Tuberculose primitive du testicule. Ablation. Guérison, par Spadaro. (*Gaz. di Ospit.*, n° 52.) — Sarcome du testicule, castration, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 22 nov.) — Étude médico-philosophique sur les pertes séminales involontaires. Spermatorrhée, par Pouillet. (*Paris.*)

Tétanie. — Tétanie pendant la lactation chez une femme atteinte de crétinisme, par Robert Kirn. (*Lancet*, 16 juin.)

Tétanos. — Une nouvelle espèce de bactérie rencontrée dans les cas de tétanos, par Belfanti et Pescarolo. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, n° 17.) — Sur l'origine équine du tétanos, par Vesseaux. (*Union médicale*, 29 septembre.) — Sur le tétanos expérimental, par Rietsch. (*Acad. des sciences*, 6 août.) Étude clinique sur l'étiologie du tétanos, par Ricochon. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 31 août.) — Cas de tétanos traumatique. Guérison, par Cohen. (*Buffalo med. journ.*, nov.) — Sur deux cas de tétanos rhumatismal, par Boccolari. (*Rassegna di sc. med.*, n° 7.) — Trois cas de tétanos traumatique guéris par la pilocarpine à hautes doses, en injections hypodermiques, études expérimentales sur le traitement du tétanos, par Casati. (*Raccoglitore med.*, n° 9.) — Tétanos guéri par le chloral, par Savill. (*Med. Soc. of London*, 29 oct.) — Deux cas de tétanos guéris par l'application du cautère actuel, sur le rachis, par Negretto. (*Gaz. di Ospitali*, sept.)

Thérapeutique. — Aide-mémoire thérapeutique pour le traitement rationnel des affections médicales, par J. Millner Fothergill, traduction allemande de J. Krakauer. (*Vienne.*) — La thérapeutique jugée par les chiffres, par Bourgoin. (*Bull. de thérap.*, 15 août.) — Leçons de thérapeutique générale, par Friedrich Albin Hoffmann. (2e édition, *Leipzig.*) — De la médication antiseptique, par Henry. (*Med. News*, 3 nov.) — Résultats cliniques de l'expérimentation de quelques nouveaux remèdes, par Oliver. (*Lancet*, 5 mai.) — Leçons sur les médicaments antipyrétiques, par Donald Macalister. (*Brit. med. journ.*, juin-juillet.) — Sur le traitement d'Œrtel, ses limites et son emploi rationnel, par R. Hausmann et Mazeg-

GER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 267.) — Les avantages de l'oxycyanure de mercure comme antiseptique, par CHIBRET. (*Soc. Biol.*, 30 juin.) —De la créoline et de son emploi thérapeutique, par NEUDÖRFER. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 17.) — Innocuité de la créoline, par FRÖHNER. (*Ibid.*, n° 19.) — La créoline, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 7 nov.) — Savon chirurgical au sulfophénate de zinc, par AUGUSTE REVERDIN. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 285, mai.) — De l'emploi de l'hyosciamine comme hypnotique, par LEMOINE. (*Gazette médicale de Paris*, 14 juillet.) — Extension de l'emploi de la cocaïne, sédation de douleurs à distance, par HENRY FENWICK. (*Lancet*, 5 mai.) — Action du strophantus hispidus, par G. LEMOINE. (*Soc. Biolog.*, 26 mai.) — De l'emploi thérapeutique du strophantus, par LEMOINE. (*Revue gén. de clin. et thérap.*, 11 oct.) — Action thérapeutique du strophantus et de la strophantine, par G. RUMMO. (*La Riforma medica*, n°s 209 à 215.) — La teinture de strophantus dans la faiblesse du cœur, en particulier dans la pneumonie, par H. GRATZ. (*München. med. Wochenschr.*, n° 8, et *Centrbl. f. d. med. W.*, p. 632.) — Propriétés et indications de la paraphénacétine, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. de thérap.*, 10 oct.) — Les propriétés et la valeur thérapeutique des phénacétines, par ELOY. (*Gaz. heb. de méd.*, 28 sept.) — La phénacétine comme antipyrétique, par CARSLAW. (*Glasgow. med. journ.*, juillet.) — Notes sur l'antifébrine, par SIMPSON. (*New York med. Record*, 3 déc. 1887.) — De l'action secondaire de l'antipyrine, par DRASCHE. (*Wiener klin. Woch.*, 11 oct.) — Quelques emplois de l'antipyrine, par GERMAN. (*New York med. Record.*, p. 68, janv.) — Antipyrine contre l'insomnie, par BRAYTON. (*New York med. Record.*, 26 nov. 1887.) — L'antipyrine comme analgésique, par ARTHUR JAMISON. (*Lancet*, 26 mai.) — Des dangers de l'antipyrine, par RAOULT. (*Progrès médical*, 26 mai.) — De l'action du sulfate de spartéine, par POWINSKI. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 juin.) — La pyrodine, nouvel antipyrétique, par DRESCHFELD. (*Manchester med. Soc.*, 3 oct.) — La terpine dans les maladies du poumon, par CAMMANN. (*New York med. Record*, p. 711, juin.) — Le naphtol comme antiseptique, par WOLFF. (*Internat. journ. of surg.*, avril.) — De l'anthrarobine, par BRONSON. (*Journ of cut. dis.*, nov.) — Des amers, par LECLÈRE. (*Thèse Montpellier*, n° 82.) — De quelques nouveaux excipients. La saccharine, par CHÉRON. (*Union médicale*, 30 juin.) — De la saccharine, par DOUGALL. (*Glasgow med. j.*, avril.) — La saccharine, par FISCHER et RABOW. (*Therap. Monats.*, n° 9, 1887.) — Sur la saccharine, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 juillet.) — Du sucre de houille ou saccharine. Son adjonction au régime des diabétiques et à l'alimentation publique en général, par WORMS. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, XIX, n° 15.) — De l'emploi des bromures, par GRILLI. (*Sperimentale*, fév.) — Le méthylal, le bromure d'éthyle, par CHÉRON. (*Union médicale*, 4 août.) — Le danger possible de la paraldéhyde dans l'emphysème chronique, par ROLLESTON. (*Practitioner*, nov.) — Note sur l'action de l'hydrate de chloral injecté dans l'artère carotide, par J. MAXIMOVITSCH. (*Soc. Biol.*, 23 juin.) — L'action du sulfonal, par SCHMEY. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Les nouveaux hypnotiques, méthylal, hydrate d'amyléne, sulfonal, par LÉPINE. (*Semaine médicale*, 21 nov.) — Le sulphonal, un cas de succès contre l'insomnie, par LEE JOHNSON. (*Med. News*, 8 sept.) — Des applications locales d'acide camphorique, par REICHERT et FÜRBRINGER. (*Deut. med. Zeit.*, n° 50.) — Les applications thérapeutiques de l'iodol en médecine interne, par CERVESATO. (*Sperimentale*, sept.) — Sur l'emploi thérapeutique de l'iodol, par PICK. (*Wiener med. Blätter*, n° 33.)

Thorax. — Du port du corset, sa pathologie, par W. SMITH. (*Sanitary Rec.*, 15 nov.) — Les résultats néfastes des corsets, par KIANOVSKY. (*Vratch*,

n° 20.) — Tumeur médiastinale vasculaire, rupture, mort subite, par PERMAN. (*Arsberättelse f Sabbatsbergs Sjukkhus för* 1887.) — Trépanation du sternum pour des abcès du médiastin, par BALLANCE. (*Med. Soc. of London*, 15 oct.) — Deux cas de tumeur du médiastin comprenant le péricarde et le cœur, par MOTT. (*Pathol. Soc. of London*, 6 nov.)

Thrombose. — La question de la thrombose, par FOA et CARBONE. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.)

Thymus. — Pathologie du thymus, par JACOBI. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 20 sept.) — Arcs branchiaux du chien et développement du thymus, par MALL. (*Studies from biol. laborat.*, IV, 3 et 4.)

Thyroïde. — Étude sur la glande thyroïde accessoire, par HINTERSTOISSER. (*Wiener klin. Woch.*, 8 nov.) — Un goitre inédit, par FUSIER. (*Encéphale*, n° 4.) — Bronchocèle traitée par l'acide fluorhydrique, par CAMERON. (*Liverpool med. chir. Journ.*, juillet.) — Note sur deux cas de cancer thyroïde à forme suraiguë, par ROLLET. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 mai.) — Thyroïdectomie expérimentale, par ZUCCARO. (*Gaz. di Ospit.*, n° 47.) — Examen microscopique de la glande thyroïde, après extirpation partielle, par WELCH. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 20 sept.) — L'énucléation ou l'extirpation intraglandulaire du goitre parenchymateux, par SAMUEL KESER. (*Thèse Bâle*, 1887.) — Extirpation d'un goitre kystique, par SPRENGEL. (*Jahr. d. ges. f. natur. u. Heilk. Dresden*, 1887-88.) — Du traitement des tumeurs du corps thyroïde, par OZENNE. (*Gaz. des hôp.*, 29 sept.) — Observations sur le goitre exophtalmique, revue critique, par WOLFENDEN. (*Journ. of Laryng.*, sept.) — Affections cutanées dans la maladie de Graves, par DURTON. (*Cambridge med. Soc.*, 13 juillet.) — Goitre exophtalmique, par JACCOUD. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 mai.) — Du diagnostic précoce du goitre exophtalmique, par TAYLOR. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 14 avril, p. 452.) — Le climat est-il un facteur étiologique dans la maladie de Graves, par CURTIN. (*Amer. climat. Assoc.*, 18 sept.) — Note sur un cas de maladie de Basedow. Amélioration remarquable des phénomènes sous l'influence d'une grossesse, par SOUZA-LEITE. (*Progrès médical*, 1er septembre.) — Du goitre exophtalmique, par BALL. (*Encéphale*, n° 5.) — Goitre exophtalmique traité par l'acide sulfurique aromatique (20 gouttes toutes les 4 heures), guérison, par MAGRUDER. (*Med. News*, 3 nov.) — Traitement du goitre exophtalmique, par VERDIER. (*Soc. de méd. prat.*, 15 nov.)

Trachée. — Rétrécissement syphilitique de la trachée, par JOHN MACKENZIE, (*Americ. laryng. Assoc.*, 18 sept.) — Nouvelle canule pour la trachéotomie, par DESGUIN. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, juillet-août.) — Canule trachéale pour les malades porteurs de goitre, par SALZER. (*Wiener klin. Woch.*, 18 oct.) — Chloroforme et trachéotomie, par LOUMEAU. (*Journ. de med. de Bordeaux*, 29 juillet.) — De l'anesthésie dans la trachéotomie, par MEURER. (*Province méd.*, 11 août.) — Pourquoi la trachéotomie ne réussit-elle pas chez l'enfant, par A. THOM. (*Edinb. med. journ.*, sept.) — Pourquoi la trachéotomie ne réussit pas chez les enfants, par PARKER. (*Edinb. med. journ.*, nov.) — Des causes qui chez les enfants diphtéritiques rendent difficile l'enlèvement de la canule après la trachéotomie, EMIL KOHL. (*Thèse Zurich*, 1887.)

Transfusion. — De la transfusion, par HAYEM. (*Bull. méd.* 19 sept.) — De la transfusion péritonéale et de l'immunité qu'elle confère, par HÉRICOURT et CH. RICHET. (*Acad. des sciences*, 5 nov.) — Transfusion suivie de succès, par WHIPPLE. (*Lancet*, 19 mai.)

Traumatisme. — Du choc traumatique, par Cheever. (*Americ. surg. Assoc.*, 20 sept.)

Trépanation. — Lésion de la base du cerveau, paralysie de la 5e paire et du nerf hypoglosse, trépanation, par Cobb. (*Brit. med. jour.*, 6 oct.) — Trépanation pour une lésion de l'écorce cérébrale qui provoquait des accès épileptiformes et une paralysie de la face et du membre supérieur gauche, par Arthur Rannie. (*Brit. med. journ.*, p. 1057, mai.) — Hémorragie méningée, trépanation, guérison, par Thornby Stoker. (*Annals of Surgery*, juin, p. 401.)

Tuberculose. — L'histoire de la tuberculose, par Predöhl. (In-8°, 502 p. *Hambourg.*) — La tuberculose pulmonaire, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 517.) — De la tuberculose animale dans ses rapports avec la phtisie chez l'homme, par Th. Walley. (*Edinburgh med. journ.*, mai.) — De la transmission de la tuberculose des animaux à l'homme par les voies digestives, des moyens de l'empêcher, par Nosotti. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, avril.) — Contagion de la phtisie, par Flick. (*Philad. med. Times*, n° 538.) — Nature infectieuse de la phtisie pulmonaire, par Kline. (*Ibid.*) — Les familles de tuberculeux, par Ricochon. (*Poitou méd.*, 1er oct.) — La prédisposition à la tuberculose, par Councilman. (*New York med. journ.*, p. 421, 21 avril.) — La virulence de la tuberculose, par Kolb. (*Münchener med. Woch.*, n° 25.) — Expériences sur les influences du milieu (tuberculose), par Trudeau. (*Med. News*, 27 oct.) — La phtisie considérée comme une maladie causée par le refroidissement de la nuit, par Shepherd. (*Lancet*, 7 avril.) — De la transmissibilité de la tuberculose par les sueurs des phtisiques, par di Mattei. (*Arch. per le sc. med.*, XII, 3.) — La phtisie est-elle curable, par Wyss. (In-8°, *Bâle.*) — L'hérédité et la curabilité de la tuberculose, par Ed. Stich. (*D. Arch. f. klin. Med. Bd.* 42, *Heft* 1-3, p. 219.) — Des portes d'entrée de la tuberculose, par Barbier. (*Gaz. méd. de Paris*, 8 sept.) — Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, par Bertin-Capus. (*Thèse de Montpel.*, n° 80.) — Tuberculose bovine, par Brush. (*New York med. Journ.*, 24 mars.) — La viande et le lait des animaux tuberculeux, par Nocard. (*Rec. de méd. vétér.*, n° 17.) — Le foie tuberculeux du lapin, après injection intra-veineuse de bacilles tuberculeux, par H. Martin et Ledoux-Lebard. (*Soc. Biologie*, 21 avril.) L'assimilation des graisses par les tuberculeux, par Gueorguievski. (*Vratch*, 8 sept.) — Congrès de la tuberculose : Hérédité tuberculeuse et grossesse, par La Torre. — Etude statistique sur la tuberculose à Limoges, par Boulland. — La tuberculose bovine dans ses rapports avec la phtisie vermineuse, par Hartenstein. — Concrétions pulmonaires chez les tuberculeux, par Vargas. — Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux, par Hallopeau et Wickham. — Fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë, par Jeannel. — De la tuberculose du thymus, par Jacobi. — Tuberculose des os de la face, par Le Dentu. — Pathogénie de la douleur des moignons, chez les tuberculeux, par Guinard. — Relation d'une culture de matière tuberculeuse du poumon humain, par Solles. — Opérations successives chez un tuberculeux, par Richelot. — Nature des variétés atypiques du lupus vulgaire, par Leloir. — Les familles des tuberculeux, par Ricochon. — De l'hérédité de la tuberculose, par Malvoz. — La tuberculose en Asie mineure, par Robinson. — De l'existence d'un organisme que présente le poumon tuberculeux de l'homme, et qui n'est pas celui de Koch, par Soller. — Méningite tuberculeuse chez l'adulte, par Kalindero. — Méningite tuberculeuse pendant la grossesse, par Chambrelent. — Vaccination et tuberculisation, par Degive. — Associations bactériennes du bacille de la tuberculose, par Babès. — Tuberculose hépatique et périhépatique par

Lannelongue. — De la cirrhose tuberculeuse, par Hanot. — Contagion de la tuberculose de l'homme aux poules, par Cagny. — Arthrites tuberculeuses chez un arthritique, par Jonesco. — De la polyadénopathie infantile, par Legroux. — Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme, par Espina y Capo. — *Id.*, par Tagny, Nocard. — Tuberculose ganglionnaire, par Duret. — Des pseudo-tuberculoses chez l'homme et les animaux, par Cornil et Toupet (1er *Cong. de la tubercul.*, *Paris*). — Diagnostic précoce de la phtisie par le microscope, par Troup. (*Edinb. med. j.*, juillet.) — Tuberculose pulmonaire. Empyème. Guérison, par Horrocks. (*Lancet*, 23 juin.) — Phtisie aiguë, larges cavernes, chez un enfant nourri par une mère phtisique, par Thomson. (*Edinb.. med. Journ.*, oct.) — Contribution à l'étude de la tuberculose des centres nerveux (méningite), par Hache. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 1, p. 185.) — De la tuberculose articulaire, par Angerer. (*Münchener med. Woch.*, n° 26.) — Abcès tuberculeux multiples. Tuberculose pulmonaire. Influence du traitement, par Bucquoy. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 avril.) — De l'extension des lésions tuberculeuses à la suite d'opérations, par E. Eichenberger (*Thèse Bâle*, 1887.) — Tuberculose, rhumatisme et érythème polymorphe, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 2 oct.) — Tuberculose papillomateuse de la peau, remarques sur les rapports du papillome avec la syphilis; le lupus, par Morris. (*Journ. of cutan. dis.*, oct.) — Ulcères tuberculeux de la peau du membre inférieur gauche, sans rien au poumon, par Zellweger, (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 9, p. 289, 1er mai.) — Du traitement antiparasitaire de la tuberculose pulmonaire, par Wesener. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, n° 16.) — Le traitement des cavernes pulmonaires, par Mays. (*Med. News*, 25 août.) — Les phtisiques à Davos, par Pouzet. (*Lyon méd.*, 21 oct.) — De la fenêtre ouverte pendant la nuit, dans le traitement de la phtisie, par Pouzet. (*Bull. méd.*, 24 oct.) — La méthode de Dettweiler, dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Dix. (*New York med. Journ.*, p. 463, 28 avril; et *Union méd.*, 4 oct.) — Des injections gazeuses appliquées au traitement de la phtisie pulmonaire, par de Lamallerie. (*Union médicale*, 17 mai.) — Traitement de la phtisie par les lavements gazeux, par Bremner. (*Birmingham med. Review.*, mai.) — — Traitement de la tuberculose par les lavements gazeux d'acide sulfhydrique, par Pailliart. (*Thèse de Lyon*, n° 436.) — Un phtisique guéri par les inhalations d'anhydride sulfureux, par Delore. (*Montpellier méd*, fév.) — Sulfure de calcium dans la phtisie pulmonaire, par Witherb. (*New York med. Record.*, p. 12, janv.) — De la fièvre dans la phtisie chronique et de son traitement par la créosote, par Mignon. (*Thèse de Paris*, 14 nov.)

Typhoïde (fièvre). — Rapport de la commission sanitaire sur une épidémie de fièvre typhoïde à Porentruy, juin et juillet 1888. (*Neuchâtel.*) — La fièvre typhoïde, par Seitz. (*Stuttgart.*) — Sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Clermont en 1886, par Nivet. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, n° 111, p. 106.) — Etiologie de la fièvre typhoïde dans l'épidémie de Bordeaux en 1887, par Aubry. (*Thèse de Bordeaux.*) — Enquête étiologique sur les fièvres typhoïdes du cercle de Dessau, par Richter. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLIX, p. 73.) — Epidémie de fièvre typhoïde à l'Institut des jeunes aveugles de Paris, par Napias. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 353.) — Epidémie de fièvre typhoïde au lycée de Quimper, par Thoinot. (*Rev. d'hyg.*, X, p. 457.) — La fièvre typhoïde dans deux communes de la Haute-Garonne, par Lozes. (*Ann. d'hyg.*, XIX, p. 385.) — Statistique de la fièvre typhoïde à Grenoble, par Pegoud. (*Journ. méd. et pharm. de l'Isère*, août.) — Les fièvres continues épidémiques à Palerme; recherches étiologiques (constatation du bacille d'Eberth dans les cas de fièvre continue à forme vulgaire et dans les cas désignés sous le nom de fièvre miliaire), par L. de Blasi. (*Il Progresso medico*, août.) — Distribution géographique de la

fièvre typhoïde aux Etats-Unis, par JOHNSTON. (*Assoc. of Americ. physic.*, 18 septembre.) — Recherche du bacille de la fièvre typhoïde dans les eaux potables de Coimbre, par DA CAMERA, CABRAL et DA ROCHA. (Broch., *Coimbre.*) — Eau potable et fièvre typhoïde, par FRASINI. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, avril.) — Des soi-disant spores du bacille typhique, par BUCHNER. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, n° 12.) — Les lésions histologiques de la rate et des reins chez les animaux à sang chaud inoculés avec le bacille de la fièvre typhoïde et avec des ptomaïnes, par A. PAVONE. (*Il Progresso medico*, août.) — Recherches sur la fièvre typhoïde, par ANTON et FUTTERER. (*Münch. med. Woch.*, n° 19.) — Les difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde, par BRAYTON BALL. (*N. York med. Record*, p. 225, septembre. — Observations cliniques de récidives de fièvre typhoïde, par EICHHORST. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 1.) — Du typhus abortif bilieux, par LONGUET. (*Semaine méd.*, 5 septembre.) — Valeur séméiologique du pouls dans la fièvre typhoïde, par MACHADO. (*Thèse Montpellier*, n° 91.) — Fièvre typhoïde à forme rénale, par DEBRAY. (*Thèse Montpellier*, n° 68.) — Sur la fièvre typhoïde à forme rénale urémique gastrique précoce, par SARDA. (*Rev. gén. de clin.*, 18 octobre.) — Sur une forme de myopathie secondaire à la fièvre typhoïde, par LESAGE. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Les paralysies iléo-typhiques, par FIGURELLI. (*Incurabili*, n° 15.) — Quelques formes de paralysie après la fièvre typhoïde, par ROSS. (*Assoc. of Americ. physic.*, 18 septembre.) — Vergetures de la peau dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par TROISIER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 juin.) — *Idem*, par BUCQUOY. (*Ibid*, 13 juillet.) — Deux cas d'ostéopériostites consécutives à la fièvre typhoïde, par MARTHA. (*France méd.*, 5 avril.) — Sur les accidents ostéopériostiques consécutifs à la fièvre typhoïde à propos d'un cas d'abcès des tibias, par ETIENNE. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Le traitement de la fièvre typhoïde à Lyon, par CHÉRON. (*Union médicale*, 24 mai). — Le traitement de la fièvre typhoïde, par TOURNEUX. (*Soc. de méd. de Rouen*, 13 août.) — Les traitements typhoïdiques, par PETER. (*Bull. méd.*, 31 octobre.) — La direction de la période de convalescence dans la fièvre typhoïde, par HUTCHINSON. (*Assoc. of Americ. physic.*, 18 septembre.) — La question de l'antipyrine dans le traitement de la fièvre typhoïde, par Karl HUFSCHMID. (*Thèse Bâle*, 1887.) — Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par GRAMSHAW. (*Lancet*, 23 juin.) — De la vaccination contre la fièvre typhoïde, par FALCONE. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 55.) — De l'intervention chirurgicale dans les ulcérations perforantes de la fièvre typhoïde, par MEARS. (*Americ. surg. Assoc.*, 19 septembre).

U

Ulcère. — L'acide salicylique contre les ulcères infectants, par INGRIA. (*Gaz. d. ospit.*, n° 32.) — Nouvelle méthode de traitement des ulcères torpides; incision sur l'ulcère et les bords, par SPAETH. (*Cent. f. Chir.*, n° 14, p. 249.)

Urémie. — Le pouls lent et l'urémie convulsive, par AUDRY. (*Province méd.*, 8 sept.) — Urémie à forme hémorragique, par DAUVIN. (*J. de méd. Paris*, 30 sept.) — Leçon sur l'urémie, par WILL. CARTER. (*Brit. med. j.*, p. 463, sept.) — Amaurose urémique, par SUCKLING. (*Brit. med. j.*, 15 sept.)

Urètre. — Pronostic du rétrécissement organique de l'urètre, par FENWICK. (*Journ. of cutan. dis.*, nov.) — Mort subite après incision d'un rétrécisse-

ment de l'urètre, par Belfield. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 3 déc. 1887.) —Rétrécissement de l'urètre compliqué; guérison par l'électrolyse linéaire se maintenant depuis 6 mois, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 30 oct.) — Rétrécissement de l'urètre compliqué d'accidents généraux graves par suite d'insuffisance rénale temporaire, par Dubuc. (*Union médicale*, 14 juillet.) — Le traitement rationnel des rétrécissements de l'urètre, par Harvey Girdner. (*Med. News*, 14 juillet.) — Du cathétérisme rétrograde, par Tillaux. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 157-164.) — De l'antisepsie de l'urètre et de la vessie; son application au traitement des rétrécissements urétraux, par Lavaux. (*Arch. gén. de méd.*, nov.)—Corps étranger introduit dans l'urètre; perforation de la cloison recto-vésicale; urétrotomie externe; guérison, par Liguori. (*Incurabili*, n° 8.) — Nævi polypoïdes du méat urinaire chez la femme, par Jondeau. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Rupture traumatique de l'urètre; urétrotomie externe sans résultat; taille hypogastrique; cathétérisme rétrograde; guérison, par Vigot. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept.)—Rupture de l'urètre; cathétérisme rétrograde; guérison, par Desguin. (*Bull. Soc. méd. Anvers*, août.) — Caroncule de l'urètre, par Castle. (*N. Yord med. journ.*, p. 286, 17 mars.) — Cause et traitement de l'urétrocèle, par Emmet. (*Americ. gyn. Soc.*, 18 sept.) — De la caroncule urétrale; prolapsus, par Perry. (*N. York med. journ.*, 3 mars.) — Portion pelvienne des uretères chez la femme, par Pantaloni. (*Thèse de Paris*, 8 nov.)

Urine. — Composition moyenne de l'urine normale, par Yvon et Berlioz. (*Rev. de méd.*, sept.) — Les protéides de l'urine; comparaison des méthodes de recherche de l'albumine, par Novy. (*Med. News*, 15 sept.) — Nouvel acide de l'urine se colorant en brun par les alcalis; alcaptonurie, par Kirk. (*Journ. of anat. and phys.*, oct.) — Les chlorures de l'urine, par Tedeschi. (*Incurabili*, n° 8.) — La question des ferments existant dans l'urine, par Mya et Belfanti. (*Gaz. d. ospit.*, n° 59.) — De la diazoréaction de l'urine, par Anchisi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 79.) — Observations sur le dosage de l'azote total dans les urines, par Œchsner de Coninck. (*Soc. biologie*, 9 juin.)—Recherches sur les urines tabétiques, par Livon et Alezais. (*Marseille médical*, 30 avril et 30 mai, pages 193 et 263.)—De l'élimination des sulfo-acides de l'urine; rapports avec l'acide sulfurique combiné et l'acide sulfurique préformé, par Nicolais. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) —Sur un second cas d'urine filante d'origine bactérienne, par J. Melle. (*La Riforma medica*, 30 et 31 août.) — Dissolution des concrétions uratiques, par Posner et Goldenberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, p. 580.) — Expériences relatives à l'influence du café sur l'excrétion de l'urée urinaire, par Dumont. (*Rev. sc. méd. de Louvain*, juin.) — Influence des nerfs vagues sur la sécrétion urinaire, par Arthaud et Butte. (*Soc. biologie*, 5 mai.)

Urinaires (Voies).—Valeur diagnostique de la miction fréquente, par Sturgis. (*Med. News*, 8 sept.)—De la douleur dans les affections des voies urinaires et de son traitement, par Dubut. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quelques points relatifs à la chirurgie des voies urinaires, par Harrison. (*N. York med. Record*, janv., p. 57.)

Urticaire. — Sur deux cas d'urticaire pigmentée, par Wickham et Thibault. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 10.)—Un cas d'urticaire pigmentée, par Mibelli. (*Sperimentale*, avril.) — Un cas d'urticaire externe et interne obs. à bord du *Japon;* formes circinée et œdémateuse, par Prat. (*Arch. de méd. navale*, nov.) — Sur le mode de production des élevures de l'urticaire, par Jacquet. (*Ann. de dermat.*, IX, n°s 8-9.)

Utérus. — Anatomie, physiologie et pathologie de la trompe utérine, par Dutilleul. (*Thèse de Lille*, 8 août.) — Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par Demelin.

(*Gaz. des hôp.*, 1er nov.) — Thrombus de la lèvre antérieure du col utérin, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, sept.) — Remarques sur l'involution de l'utérus puerpéral, par P. Müller. (Leipzig, 1887.) — Obs. et remarques sur deux cas de dilatation complète de l'utérus, par Geyl. (*Nouv. Arch. d'obst.*, août.) — Dilatateur et cathéter intra-utérin dans le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité, par Goelet. (*N. York med. journ.*, p. 508, 12 mai.) — Note sur l'opération d'Emmet ou trachélorraphie, par Houzel. (*Ann. de gynéc.*, oct.)—Superinvolution de l'utérus consécutive à la trachélorraphie, par O. Hardon. (*Amer. journ. of obst.*, octobre.) — Déchirure et ulcération du col de l'utérus, par Bouilly. (*Semaine méd.*, 5 sept.) — Discussion sur la trachélorraphie. (*Glasgow obst. and gyn. Soc.*, 25 avril.) — Etiologie, pathologie et traitement de l'antéflexion de l'utérus, par Gaillard Thomas. (*Amer. gyn. Soc.*, 18 sept.)—Etudes gynécologiques, par Grechen. (*Berlin et Neuwied.*) 1° 2 cas de dysménorrhée membraneuse chez des demoiselles, le second compliqué de vaginite membraneuse; 2° 10 cas de laparotomie dont 2 pour kystes dermoïdes, 1 avec folie temporaire après l'ovariotomie; 1 de kyste ovarique avec pulsations isochrones au pouls; 1 de castration inefficace pour névrose; 3° un cas de laparotomie pour tuberculose péritonéale avec guérison. — Traitement de l'endométrite chronique, par Lumpe. (*Wiener klin. Woch.*, 22 nov.) — Le jequirity dans le traitement de la métrite chronique, par Borde. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, mai-juin.) — Traitement de l'endométrite, par Dumontpallier. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 août.) — Traitement des déchirures du col utérin par le tamponnement antiseptique, par Fehling. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 249, 15 avril.) — Les traitements de la rétroversion, par Blanche Edwards. (*Progrès médical*, 2 juin.) — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des adhérences péri-utérines, par Mangiagalli. (*Ann. di ost. e gin.*, août.) — Des cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc, par Rheinstadter. (*Centr. für Gyn.*, 25 août.) — Le traitement de l'endométrite chronique par le drainage avec la gaze iodoformée, par Polk. (*Amer. gyn. Soc.*, 19 sept.) — Traitement de l'endométrite par l'acide nitrique fumant, par Cordès. (*Assoc. of obst. and gynæcol.*, 18 sept.) — Etude pathologique et thérapeutique sur l'endométrite chronique du corps de l'utérus, par Eustache. (*Thèse Montpellier*, n° 92.) — Traitement des paramétrites par la dilatation et le curettage de l'utérus, par Poullet. (*Nouv. Arch. d'obst.*, juin.) — Méningite; tubercule dans l'utérus, par Weill. (*Lyon méd.*, p. 92, 16 sept.) — Antisepsie utérine, par Rusconi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 29.) — Description d'un cathéter utérin à double paroi, par Krevet. (*Centr. für Gyn.*, 29 septembre.) — Du traitement des maladies utérines par l'électricité (Exposé de la méthode d'Apostoli), par Spencer Wells. (*N. York med. Record*, p. 625, juin.) — 15 cas de fibrome utérin traités par l'électricité, par F. Martin. (*Journ. of amer. Assoc.*, 26 mai, p. 661.) — Trois cas de fibromes utérins traités par la méthode d'Apostoli, par W. Tivy. (*Brit. med. j.*, p. 1376, juin.) — 40 cas traités par la méthode d'Apostoli, par Stirton. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 20 avril.) — Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli, par Carpenter. (*N. York med. Record*, p. 10, juillet.) — Un cas de tumeur fibreuse de l'utérus traité par la méthode d'Apostoli. Enucléation de la tumeur, par M. P. Jacobi. (*Amer. journ. of obst.*, août.) — Des fibromyomes compliquant la grossesse et le travail, par John Philipps. (*Brit. med. j.*, p. 1331, juin.) — Les tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les couches, par Carl Meyer. (Zurich, 1887.) — Tumeur fibrokystique de l'utérus, par Tait. (*Brit. gyn. Soc.*, 24 oct.) — Kyste intraligamenteux non papillaire, par Baer. (*Journ. of amer. med. Ass.*, 25 fév.) — Fibrome volumineux de l'utérus; ablation par la méthode dite de morcellement; guérison, par Terrillon.

(*Gaz. des hôp.*, 20 nov.) — Le traitement chirurgical des myomes utérins, par SECHEYRON. (*Gaz. des hôp.*, 1er sept.) — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes, par KŒBERLÉ. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.)— Extirpation de tumeurs fibroïdes utérines sous-muqueuses, par ALLEN. (*Internat. journ. of surg.*, avril.) — Le traitement du pédicule dans la myomectomie, par PAUL ZWEIFEL. (Stuttgart.) — Enucléation de trois fibromes utérins, par MAC GREGOR. (*Lancet*, 7 juillet.) — Ablation des ovaires pour un fibrome utérin hémorragipare, par JOHN LUNN. (*Brit. med. j.*, p. 77, juillet.) — Deux hystérectomies vaginales (pour fibro-sarcome et carcinome), par H. BYFORD. (*Journ. of amer. Assoc.*, 26 mai, p. 659.) — Un cas de myomotomie, par BANDE. (*Wiener med. Blätter*, n° 33.)—Fibrome intrapariétal de la paroi postérieure de l'utérus; laparotomie; ablation par énucléation; guérison, par L. LORETI. (*La Medicina contemporanea*, juillet.) — Hystérectomie vaginale pour fibrome, par HENRY BYFORD. (*J. of amer. Assoc.*, 14 juill., p. 62.) — Sept obs. d'hystérectomie vaginale dont 1 pour corps fibreux et 6 pour cancer, par POZZI. (*Ann. de gynéc.*, sept.) — Traitement opératoire des myomes utérins gangrenés, par SIPPEL. (*Centr. für. Gyn.*, 3 novembre.) — Des indications opératoires dans les maladies des trompes, par FREUND. (*Samml. klin. Vortr.*, n° 323.) — Ablation des annexes de l'utérus dans un cas de nymphomanie et de myomes utérins : mort le neuvième jour par péritonite septique, par T. JOHNSON. (*Amer. journ. of obst.*, septembre.) — Un cas d'ovario-hystérectomie vaginale, par RICHELOT. (*Semaine méd.*, 12 sept.) — De la distension et de la constriction des trompes, envisagées comme cause d'hémorragie intra-péritonéale, par E. SINCLAIR STEVENSON. (*Edinburgh med. journal*, octobre.) — Trois cas de salpingo-ovarite opérés par la laparotomie et suivis de guérison, par TERRILLON. (*Ann. de gynéc.*, août.) — De l'apparition simultanée du cancer dans l'utérus et dans l'ovaire, par REICHEL. (*Zeitschr. für Geb. med. Gyn.*, XV, 2.) — Un cas d'épithélioma papillaire du corps de l'utérus, par MEYER. (*Arch. fur Gyn.*, XXXIII, 1.) — Traitement des périodes avancées du cancer de l'utérus par le térébène, par BETRIX. (*Nouv. Arch. d'obst.*, oct. 1887.) — De l'emploi des cautérisations au chlorure de zinc dans les cas de carcinome utérin inopérable et d'endométrite chronique, par E. FRAENKEL. (*Centr. für Gyn.*, 15 septembre.) — Amputation du col dans 55 cas de cancer, par REAMY. (*Americ. Gyn. Soc.*, 19 sept.) — Technique de l'hystérectomie vaginale, par DUDLEY. (*Americ. Gyn. Soc.*, 19 sept.) — Hystérectomie vaginale pour un cancer utérin compliqué d'un corps fibreux sous-péritonéal; guérison, par POZZI. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 juillet.) — Hystérectomie vaginale pour un fibrome utérin ayant occasionné une inversion de l'utérus avec procidence à travers la vulve, par BUCQUET. (*Union médicale*, 1er sept.) — Epithélioma du col utérin; hystérectomie vaginale, par WACQUEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 21 sept.) — Hystérectomie vaginale, par VÖHTZ. (*Hospit. Tidende*, n° 26.) — Extirpation totale de l'utérus et de ses annexes, par DE SABOIA. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 29 mai.) — Trois cas d'hystérectomie. Remarques, par HENRY MORRIS. (*Lancet*, 12 mai.)—Indications et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer, par POZZI. (*Ann. de gynécol.*, août.) — Extirpation de l'utérus par le vagin, par GARDNER. (*Montreal med. chir. Soc.*, 22 juin.) — Remarques sur l'hystérectomie vaginale pour cancer, par CURRIER. (*Med. News*, 4 août.) — Nouvelle méthode de traitement du moignon après l'hystérectomie vaginale; amputation utérine sus-pubienne et vaginale combinée, par DICKSON JONES. (*Internat. journ. of surgery*, avril.) — Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale, par SECHEYRON. (*Arch. de tocol.*, oct.) — Iléus consécutif à une hystérectomie vaginale, par REICHEL. (*Zeitschr. für Geb. und. Gyn.*, XV, 1.)

V

Vaccin. — De la vaccination animale à l'Institut vaccinal de Dresde, par CHALYDŒUS. (*Deut. med. Zeit.*, n° 76.)—De la vaccination animale dans la région du Nord, par GUILLAUME. (*Thèse de Lille,* 12 janvier.)—De la vaccination animale à l'Institut municipal de vaccination de Lyon, par CHAMBARD. (*Progrès médical*, 16 juin.) — Rapport d'ensemble sur les vaccinations et revaccinations faites dans le 3e corps d'armée, en 1887-88, par VALLIN. (*Arch. de médecine milit.*, novembre.) — Compte rendu du fonctionnement de l'Institut privé pour vaccin animal (1884-1887) avec critique de la rétrovaccine, par PISSIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 et 18 juin.) — Réplique, par PROTZE. (*Ibid.*, n° 32, p. 650, 6 août.) — La vaccination et la manière de la pratiquer, par E. PEIPER. (*Vienne.*) — Les inoculations vaccinales, par RODET. (*Rev. de médecine*, octobre.) — Recherches sur une épidémie de cow pox dans le Wiltshire, par EDGAR CROOKSHANK. (*Brit. med. Journ.*, n° 1436-37, 7 juillet.) — Les sources naturelles du vaccin, par A. LAYET. (*Revue d'hygiène*, X, 584, juillet.) — Un point de pratique concernant la première vaccination, par JONES NIVEN. (*Lancet*, 7 juillet.) — De la récolte du vaccin et de sa conservation au moyen de procédés nouveaux, par PERRON. (*Revue sanit. de Bordeaux*, n° 111, p. 105.) — Vaccination animale, par POURQUIER. (*Bull. méd.*, 23 septembre.) — Considérations sur la vaccination animale, par LAYET. (*Revue sanit. de Bordeaux*, n° 111, p. 109.)— Contribution à la vaccine animale, par JOSEF DEUTL. (*Linz.*)—De l'impetigo d'origine vaccinale, par PERRON. (*Bull. médical*, 11 novembre.)

Vagin. — Absence du vagin, opération, par DIXON. (*Med. News*, 25 août.)— Un cas de vagin double, par E. WING. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 666, 26 mai.) — La genèse des kystes du vagin, par TAKAHASI. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juin.)—Des kystes vasculaires du vagin, par JACOBS. (*Arch. de Phys.*, 1er octobre.) —Contribution à l'étude des kystes du vagin, par FISCHEL. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 1.)

Varice. — Des troubles de nutrition dans les varices, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Revue génér. de clin.*, 20 septembre.) — Contribution à l'étude des membres variqueux, par VERGÉ SARRAT. (*Thèse de Montpellier*, n° 76.) — Du varicocèle, par SPENCER. (*London path. Soc.*, 16 octobre.)— De la cure radicale du varicocèle, par SEGOND. (*Semaine médicale*, 10 octobre.)

Varicelle. — De la varicelle, par DEVIC. (*Province médicale*, 1er septembre.)

Variole. — L'épidémie de variole de 1885 dans le canton de Bâle-Campagne, par E. RIPPMANN. (*Thèse de Bâle*, 1887.) — Sur les cas de variole et de scarlatine observés au lazaret de Lausanne en 1884-86, par DE LA HARPE. (*Lausanne.*) — Epidémie de variole aux Matelles, par LAMOTTE. (*Thèse de Montpellier*, n° 75.) — La petite vérole à Montréal, histoire d'une épidémie, par H. TONKINS. (*Lancet*, 26 mai.) — De la périostite varioleuse, par BARIÉ. (*Soc. médic. des hôpitaux*, 25 mai.) — Urologie clinique de la variole, par ROBIN. (*Bull. de l'Acad. de médecine,* 25 septembre.)—Péritonite puerpérale comme complication de la variole, par GASCUEL. (*Thèse de Montpellier*, n° 85.) — Emploi du calomel comme moyen de prévenir les cicatrices dans la variole, par DIZEWIECKR. (*New York med Record,* p. 67, janvier.) — Sur le traitement de la variole par l'acide phénique, par MONTEFUSCO. (*Bull. de thérap.*, 1er juillet.)

Veine. — Large communication de la veine ombilicale et de la veine iliaque droite, par Brigidi. (*Sperimentale*, avril.) — Un fait de suppléance de la circulation porte par la veine rénale gauche et le veine cave, par Lejars. (*Progrès médical*, 23 juin.)—Observation de spasme des veines, réflexions sur cette affection, par de Luca. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) — Des plaies de la veine fémorale par arme à feu, par Maubrac. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.)—De la ligature directe des veines, par Horoch. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, n° 28.)—Note sur un cas de ligature de la jugulaire interne, par Vaudey. (*Marseille médical*, 30 mai.)

Vessie. — La vessie irritable, par Alex. Peyer. (*Stuttgart.*) — Leçons sur l'endoscopie vésicale, par Thompson. (*Brit. med. Journ.*, p. 775, avril.) — L'éclairage électrique de la vessie pour le diagnostic des lésions obscures de la vessie et de l'urètre, par Hurry Fenwick. (In-8°, *Londres.*) — *Idem*, par le même; *idem*, par Thompson. (*Brit. med. Journ.*, 14 avril.) — Thérapeutique chirurgicale de la vessie, par Annandale. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Leçon clinique sur l'hématurie, par Berkeley Hill. (*Brit. med. Journ.*, p. 1097, mai.)—Sur quelques points de diagnostic différentiel entre les affections du rein et de la vessie, par Stein. (*Journ of cutan. diseases*, octobre.) — De la vessie pendant la puerpéralité, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, oct.)—Traitement du catarrhe vésical, par Fort. (*Bull. de thér.*, 15 juillet.)—Des inflammations gangréneuses de la vessie, par Orlowski. (*Gaz. lekarska*, n° 14.)—Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale, par Guiard. (*Journ. de méd. de Paris*, 9 sept.) — Cystite tuberculeuse, douloureuse, taille hypogastrique, drainage de Demons, résultat fonctionnel, par Blanc. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Du lavage de la vessie sans sonde, par Lavaux. (*Thèse de Paris*, 8 novembre.) — Du lavage de la vessie sans sonde et du lavage continu de l'urètre antérieur à l'aide de la pression atmosphérique, par Lavaux. (*Gaz. des hôpit.*, 18 septembre.) — Exstrophie de la vessie avec épispadias, guérison par le procédé de Thiersch, par Brachini. (*Gaz. di Ospit.*, n° 48.) — Pathogénie et variétés de l'exstrophie de la vessie, par Maurice Hache. (*Revue de chirurgie*, n° 2, p. 818.)—Tumeur papillomateuse de la vessie diagnostiquée au moyen de l'électro-cystoscope, par Otis. (*New York med. Record*, p. 493, mai.) — Quinze cas de tumeurs de la vessie, diagnostiquées par l'emploi du cysto-endoscope électrique, par Max Nitze. (*Lancet*, 21 avril.) — De l'utilité du drainage du périnée, comme opération préliminaire de l'ablation de certaines tumeurs de la vessie, par Southam. (*Ibid.*, 26 mai.) — Cancer primaire de la vessie, femme de 55 ans, opération par dilatation de l'urètre, grattage, mort de pleuropneumonie deux mois plus tard, par Linden. (*Société des médecins finlandais*, 17 mars.) — Volumineux calcul extrait par la taille sus-pubienne, par Page. (*Brit. med. Journ.*, 6 octobre.) — Calculs de la vessie, taille et lithotritie, par Segond. (*Gaz. des hôpit.*, 9 octobre.)—Calcul vésical; lithotomie pratiquée deux fois en deux mois, par Ward Cousins. (*Brit. med. Journ.*, p. 1164, juin.) — Calcul vésical volumineux extrait par la taille sus-pubienne, par Baigent. (*Ibid.*, p. 763, octobre.) — Extraction des calculs de la vessie, sept cas, par Nairne. (*Glasgow med. Journ.*, avril.) — Un cas de calcul à noyau osseux dans la vessie, par Vitanza. (*Gaz. di Ospit.*, n° 41.)—Calcul vésical, noyau formé par un cordon de cuir, par Rose. (*New York med. Record*, 17 décembre 1887.) — Diverticules multiples de la vessie, calculs dans une de ses poches, par Van Gieson. (*Ibid.*, 10 décembre 1887.) — Calcul enkysté, taille sus-pubienne, ablation par les ciseaux et le maillet, par Fenwick. (*Clin. Soc. of London*, 9 novembre.) — Calcul enkysté, ablation par la taille sus-pubienne, par Browne. (*Ibid.*) — De la lithotritie rapide, par Sisco. (*Thèse de Montpellier*, n° 88.) — De la taille sus-pubienne, par Packard. (*Amer. surg. Ass.*,

19 septembre.)—Observations de taille sus-pubienne, par Ernest Humphry, Gilbert Barling, H. Quicke. (*Brit. med. Journ.*, p. 14 et 16, juillet.)—Taille sus-pubienne et suture vésicale, par Rendal Franks, Nixon, etc. (*Ibid*, p. 1165, juin.) — Recherche de l'infiltration urineuse, à la suite de la taille hypogastrique, par Carat. (*Thèse de Montpellier,* n° 65.) — Cystotomie sous-pubienne d'après la méthode nouvelle, par Hassan. (*Ibid.*, n° 73.) — Note sur l'ouverture de la vessie par la symphyséotomie, par Wilh. Koch. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, p. 405, 14 mai.)

Vin. — Plâtrage des vins, discussion du rapport de M. Marty à l'Académie : 1re partie chimique, par J. de Girart. (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, août;) 2e partie clinique, par Cot. (*Ibid.*, 1er septembre.)

Virus. — Considérations générales sur la virulence, par Dujardin-Beaumetz. (*Union médicale*, 5 juillet.)

Vision. — Expériences sur l'électrisation du centre visuel de l'écorce cérébrale chez le singe, par Schaeffer. (*Brain*, n° 41, avril.)— Persistance des images rétiniennes au centre et à la périphérie de la rétine : sur le temps perdu du nerf optique ; influence de l'excitation d'un œil sur l'acuité visuelle de l'autre; perception directe et indirecte des différences de clarté simultanées; perception différentielle des lumières instantanées; intensité comparative des lumières brèves et des lumières continues ; acuité visuelle et dynamogénie ; persistance visuelle et inertie du nerf optique ; influence de la surface sur la sensibilité lumineuse dans le cas des lumières instantanées ; perception des lumières instantanées de différentes surfaces, par A. Charpentier. (*Soc. de biologie*, 21 avril, 19 et 26 mai, 2 et 9 juin et 7 juillet.) — La situation des images doubles dans la vision binoculaire, par Martini. (*Frauenfeld.*)— Examen de la vision pour le service de la marine, par Battier. (*Thèse de Montpellier*, 1888.) — Vision binoculaire et réfraction, par Sous. (*Rev. clin. d'ocul.*, octobre 1887.)

Vitiligo. — Un cas de vitiligo, par J. Hawkes. (*Lancet,* 26 mai.)

Vitré (Corps). — Traitement des opacités du corps vitré, par Bull. (*Amer. opht. Soc.*, 18 juillet.)

Vomissement. — Sur le mécanisme du vomissement, par Arnozan. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 12 août.)

X

Xanthelasma. — Cas de xanthelasma du tronc et du cuir chevelu, par Barrs. (*Lancet*, 12 mai.)

Xérodermie. — Un cas de xérodermie pigmentaire, par Brigidi et Marcacci (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXXIII, 3.)

Xerosis.—Sur le xerosis et ses micro-organismes, par Gallenga. (*Rassegna di sc. med.*, mai.)

Z

Zona. — Zona du cou, par Augagneur. (*Lyon médical*, p. 330, 4 nov.)—Zona ophtalmique double, par Wm. Robertson. (*Lancet*, 7 juillet.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Étude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale, par E. HÉDON (*Thèse de Bordeaux*, 1888).

Aux travaux de Trolard, de Ch. Labbé, de Henle, de Merkel, l'auteur a ajouté ses recherches personnelles et donne une description complète du système veineux de l'encéphale. Les principales conclusions de son important travail sont les suivantes : 1° Il existe entre les artères et les veines de l'encéphale de grandes différences de volume, de situation et de rapport. — 2° Les veines du cerveau forment deux systèmes ; le système de la surface des hémisphères pour le cerveau antérieur, et le système de la veine de Galien pour le cerveau intermédiaire. — 3° Les veines de la surface des hémisphères se dirigent soit vers les veines de la base, au niveau de la scissure de Sylvius, soit vers les sinus de la voûte. — 4° Le système de la veine de Galien est formé principalement par la réunion des veines ventriculaires et des veines basilaires. Les racines de ces veines se rencontrent dans les noyaux gris centraux et dans la capsule interne. Le système veineux des ganglions cérébraux est double, comme du reste leur système artériel. Les branches qui le composent se dirigent, les unes vers la base de l'encéphale pour se jeter dans la veine basilaire (veines striées inférieures), les autres vers la surface du ventricule pour former une partie des origines de la veine de Galien (veines striées supérieures). Ces deux systèmes s'anastomosent dans l'épaisseur des noyaux de la capsule interne. — 5° Les veines du bulbe et de la protubérance ont une disposition qui rappelle celle des veines médullaires. — 6° Les différentes parties du système veineux de l'encéphale sont solidaires et réunies par de nombreuses anastomoses. Les anastomoses qui se montrent sur la face externe de l'hémisphère cérébral sont formées par la réunion d'une veine tributaire des sinus de la voûte et d'une autre veine tributaire des sinus de la base. — 7° La

plupart des veines cérébrales s'abouchent dans les sinus suivant une direction oblique en sens inverse du cours du sang dans le sinus. Cette disposition est due au mode de développement des hémisphères. (Six belles planches.) X. ARNOZAN.

Ueber die Lymphwege des Gehirns (Sur les voies lymphatiques du cerveau), par M. J. ROSSBACH et E. SEHRWALD (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, *p.* 467 *et* 498, 1888).

J. Rossbach et E. Sehrwald ont employé pour le cerveau les procédés de coloration de Golgi. Ils prouvent que, par ce procédé, on ne colore pas les éléments cellulaires eux-mêmes, mais qu'on injecte les espaces lymphatiques qui les engainent. D'après leurs recherches, ils admettent qu'il existe dans le cerveau trois ordres de système lymphatique : 1° les gaines périvasculaires de His ; 2° des espaces qui engainent les cellules nerveuses et leurs prolongements ; 3° des espaces propres à la névroglie.

Les espaces péricellulaires enveloppent les cellules et fournissent des prolongements qui engainent les prolongements ramifiés ou axillaires des cellules.

On trouve du reste des espaces semblables dans les autres organes, dans le cervelet, la moelle allongée, l'œil, la cornée, la rétine, l'estomac, l'intestin, le foie, la rate, le mésentère, les muscles, la peau, etc.

Les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses ne seraient en réalité que des voies lymphatiques.

Chaque cellule nerveuse se trouve ainsi isolée dans une sorte de sac lymphatique, qui la protège, la nourrit et élimine ses produits de désassimilation. Les variations de pression sont ainsi atténuées dans une large mesure. A. MATHIEU.

Du noyau d'origine, dans le bulbe rachidien, des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique, ou noyau cardiaque, par LABORDE (*Arch. de physiol.*, 15 *mai* 1888).

L'auteur estime que l'existence dans le bulbe rachidien d'un noyau d'origine ou *noyau cardiaque* des fibres motrices, centrifuges, fibres d'arrêt ou modératrices du vague ou plutôt du spinal qui les lui fournit, est démontrée par ses recherches expérimentales.

Le siège précis de ce noyau est situé en dehors et au delà des colonnes de substance grise, sur le trajet des fibres et du noyau restiforme, non loin de la couronne radiculaire du noyau sensitif (racine bulbaire ou descendante), du trijumeau ; exactement au niveau des amas cellulaires que les recherches histologiques de Stilling, Kölliker, L. Clarke, Van Deen, Huguenin, M. Duval, ont fait connaître sous le nom de *noyaux accessoires de l'hypoglosse et des nerfs mixtes* (pneumogastrique, spinal, glossopharyngien).

Cette démonstration nouvelle confirme et explique l'indépendance et la dissociation fonctionnelle des phénomènes mécaniques *respiratoires et cardiaques* qui relèvent de l'influence bulbaire, par l'intermédiaire des fibres conducteurs des nerfs *pneumogastrique et spinal.* A. GILBERT.

Note sur les nerfs de l'orbite, par DELBET (*Arch. d'ophtalm.*, *VIII*, n° 6, *p.* 485).

Delbet signale quelques dispositions spéciales des nerfs de l'orbite. En règle générale, le frontal se divise en trois branches dont la plus interne, le nerf sustrochléaire, naît très en arrière dans l'orbite, passe au-dessous du grand oblique et se termine en s'anastomosant avec le nasal externe. Pour le lacrymal, il a observé deux anomalies : dans l'une, le nerf est formé de deux filets, un régulier, l'autre paraissant venir du maxillaire supérieur; dans l'autre, le lacrymal reçoit une anastamose du nasal. Le nasal externe, branche terminale du naso-ciliaire, a été particulièrement étudié en raison de l'opération de Badal ; mais il résulte de ces dissections que le nasal externe se divise constamment dans l'orbite, à 7 ou 8 millimètres de la trochlée, et ses terminaisons forment trois groupes ; le moyen seul est accessible aux chirurgiens. Sans discuter la valeur thérapeutique de l'opération de Badal, on peut conclure, au point de vue anatomique, que l'élongation du tronc du nasal externe est impossible et qu'on ne peut atteindre que le groupe moyen de ses rameaux terminaux. F. DE LAPERSONNE.

Beitrag zur Innervation des Herzens (Contribution à l'innervation du cœur), par KASEM-BECK (*Arch. f. Anat. und Phys.*, *an. Abth.*, *Heft* 5-6, 1888).

Dans un précédent travail, l'auteur a trouvé, chez les tortues, un nerf qui, par son origine, par son trajet et sa terminaison rappelle le nerf dépresseur des mammifères. Ses recherches lui ont permis de penser qu'un pareil nerf existe aussi chez le brochet. Dans le présent travail, il publie des résultats sur la question du nerf dépresseur, étudié non seulement chez les animaux à sang froid, mais encore chez les mammifères. Chez ces derniers (lapin, chat, chien, cochon), le dépresseur de Cyon naît par une ou deux racines, soit du nerf vague, soit plus souvent du laryngé supérieur, ou bien encore des deux à la fois. Il reçoit du ganglion cervical inférieur une ou plusieurs anastomoses, et pénètre dans le thorax, où il prend part ou non (cochon) à la constitution du plexus cardiaque. Il ne se termine pas, comme on l'a cru jusqu'ici (Ludwig et Cyon, Rœver, Finkelstein, etc.), dans le tissu conjonctif dense situé à la base des artères pulmonaire et aorte ; mais une partie, la plus faible, de ses fibres s'épuise sur la paroi de ces vaisseaux, tandis que l'autre portion, plus considérable, se répand sur les ventricules en se ramifiant entre le péricarde viscéral et le muscle. Chez la tortue, le dépresseur naît, par une ou deux racines, du ganglion jugulaire du vague, du tronc laryngo-pharyngien (homologue du laryngé supérieur), ou des deux à la fois ; son mode de terminaison est d'ailleurs le même que chez les mammifères. Chez le brochet, le dépresseur vient du premier nerf médullaire ; mais on peut supposer que ce n'est là qu'une origine apparente, et que ce dépresseur émane ici aussi du nerf vague.

L'auteur termine par quelques données, de nature à montrer que le dépresseur se comporte physiologiquement, chez la tortue et le brochet, comme le dépresseur des mammifères, qu'il a également expérimenté, et sur lequel il a obtenu les résultats classiques. A. PRENANT.

Beiträge zur Kenntniss der normalen und pathologischen Verhältnisse der Ganglien des menschlichen Herzens (Contribution à l'étude de l'état normal et pathologique des ganglions du cœur humain), par A. OTT (*Zeitschr. f. Heilk., Band IX, n° 4, p.* 271).

La situation, si mal connue, de ces ganglions a été étudiée au moyen de 300 coupes pratiquées sur le cœur d'un fœtus de 5 mois.

En voici les résultats : Il n'y a pas trace de ganglion nerveux au niveau des ventricules ; les premières cellules apparaissent à la limite des oreillettes et des ventricules, et à mesure qu'on s'élève elles sont de plus en plus nombreuses surtout à droite. Leur abondance est au maximum dans la cloison interauriculaire où elles se voient surtout en avant et en arrière, là où cette cloison est la plus épaisse ; il en existe cependant au milieu, là où elle est mince. On en trouve également à la circonférence des oreillettes, surtout en arrière, mais non à leur partie externe. Il en existe encore vers l'embouchure des grosses veines, et principalement entre deux veines caves. Ces ganglions sont principalement, mais non exclusivement, situés sous le péricarde.

Au point de vue pathologique, les recherches ont porté sur 30 cas. Les altérations revêtent deux types principaux : le premier et le plus fréquent est l'*hyperplasie conjonctive* (développement des cellules rondes dans le tissu interstitiel, transformation fibreuse de ce tissu, multiplication et gonflement des noyaux de la gaine de Schwann) ; le second, est la *dégénérescence parenchymateuse* (état trouble ou graisseux des cellules nerveuses). Ces deux états sont le plus souvent associés, mais alors l'un d'eux prédomine en général.

Les affections qui aboutissent à la dilatation et à l'hypertrophie cardiaques déterminent le premier de ces types, métamorphose progressive ; celles qui s'accompagnent d'une profonde altération qualitative du sang amènent plutôt le second, métamorphose régressive. Les troubles du fonctionnement cardiaque, au point de vue de la fréquence et du rythme des battements, ne donnent aucune indication sur les lésions des ganglions. LEFLAIVE.

Les vaisseaux des valvules du cœur chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique, par DARIER (*Arch. de physiol.*, 1er *juillet et* 15 *août* 1888).

Chez l'homme à l'état normal : 1° les valvules sigmoïdes des orifices aortique et pulmonaire ne renferment jamais de vaisseaux ; 2° il n'existe jamais de vaisseau dans la portion fibro-élastique des valvules auriculo-ventriculaires ; 3° Les valves de la tricuspide et la valvule mitrale gauche sont, dans la règle, tout entières fibro-élastiques ; la valve droite de la mitrale présente seule, à sa partie supérieure, une région charnue, vasculaire, qui n'excède pas habituellement le sixième de la hauteur totale de cette valve.

4° *Chez le nouveau-né,* on voit des faisceaux musculaires pénétrer plus ou moins avant dans toutes les valvules auriculo-ventriculaires ; ils sont accompagnés de vaisseaux ; ces muscles et vaisseaux n'atteignent pas le quart inférieur de la valvule.

Chez l'homme à l'état pathologique : 1° on peut trouver des vaisseaux dans toute l'étendue des valvules sigmoïdes aortiques et mitrale ; 2° ces

vaisseaux paraissent résulter d'une néoformation sous l'influence de l'inflammation ; 3° les conditions favorisant le développement de cette vascularisation anormale et les conséquences qui peuvent en résulter, sont insuffisamment connues ; les unes et les autres méritent d'attirer l'attention des pathologistes. A. GILBERT.

Structure des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire ; vascularité de la tunique moyenne des gros vaisseaux, par CURTIS (*C. R. Soc. de biologie, 7 juillet* 1888).

1° Le tissu conjonctif de l'endocarde se condense à la base des valvules sigmoïdes pour former une sorte de tendon en Y, dont l'un des chefs fixe la valvule aux parois cardiaques, tandis que l'autre se fusionne avec l'anneau fibreux qui entoure l'orifice aortique ou pulmonaire;

2° Les anneaux fibreux du cœur sont de véritables tendons à fibres circulaires sur lesquelles viennent se greffer des faisceaux du myocarde ainsi que les fibres proximales des gros vaisseaux;

3° La valvule sigmoïde ne présente pas une structure identique sur ses deux faces;

4° Les valvules sont dépourvues de vaisseaux sanguins : l'aorte, au contraire, et l'artère pulmonaire, en contiennent jusqu'au milieu de leur tunique moyenne. PAUL LOYE.

Sopra alcune alterazioni dei corpuscoli rossi del sangue (Sur quelques altérations des corpuscules rouges du sang), par Carmine CIANCI et Gaetano ANGIOLELLA (*Progresso medico*, 15 *octobre et* 1er *novembre* 1888).

Mosso a exagéré l'altérabilité des globules rouges et l'incertitude qui en résulte pour toutes les études dont ils sont l'objet. Les auteurs montrent que les globules du sang sont en général très bien conservés dans les préparations ordinaires faites pour la numération, et qu'on peut les garder assez longtemps dans le liquide de Pacini, dans des solutions de sublimé à 1/2 0/0, d'acide picrique à 1 0/0. Les globules sont seulement plus pâles et un peu diminués de volume. Ils n'admettent pas l'existence de noyaux dans les hématies, mais sur quelques points les fibres du réticulum de leur trame forment des nœuds qui peuvent être pris pour des noyaux. Quant à la transformation des globules rouges en leucocytes que Mosso admet après Rindfleisch, et qu'il attribue à une dégénérescence hyaline des éléments, elle leur paraît devoir être rejetée.

La décoloration des globules est plutôt due à la dissolution de la matière colorante dans les véhicules employés, et on ne l'observe pas sur le sang vivant. Ils réfutent la plupart des expériences de Mosso en indiquant les causes d'erreur imputables en partie au noyau du globule des vertébrés inférieurs, et aux transformations du protoplasma en dehors de l'animal.

On trouve sur les globules rouges de la grenouille des espaces clairs, ressemblant à des vacuoles, mais ce sont en réalité des granulations qui offrent les mêmes réactions que le protoplasma.

Les altérations que subissent les éléments du sang injecté dans une séreuse sont bien différentes de celles qui ont été signalées dans l'impaludisme par Marchiafava et Celli. Elles consistent dans la formation d'espaces clairs dus à des vacuoles ou à une sorte de déplacement de la

matière colorante, qui, se groupant en quelques points, donne aux hématies une apparence criblée, ou quelquefois la forme d'un anneau. A. SIREDEY.

Ueber die Lymphbahnen der Cornea (Sur les voies lymphatiques de la cornée), par G. GUTMANN (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXII, Heft* 4).

L'auteur a examiné la cornée du bœuf, du lapin, du porc et de l'homme. Il pratiquait, dans les couches les plus superficielles de cette membrane et avec une seringue de Pravaz munie d'une fine canule, une injection soit d'une solution d'asphalte dans le chloroforme 10 0/0, soit d'une solution de lanoline dans le chloroforme à 1 et 10 0/0 colorée par le carmin. Les cornées étaient ensuite durcies dans l'alcool.

Sur des coupes tangentielles de cornées humaines injectées à l'asphalte, on aperçoit un réseau coloré en brun clair et formé de canaux étoilés anastomosés par de fins prolongements. Dans les couches superficielles, les canalicules sont plus étroits que dans les couches moyennes; les plus larges s'observent dans les couches profondes tout contre la membrane de Descemet. Sur des coupes colorées à l'hématoxyline, on voit très nettement les corpuscules cornéens tout contre la paroi des canaux qu'ils ne remplissent qu'en partie. Les lymphatiques de la périphérie de la cornée communiquent avec ces réseaux cornéens au moyen de branches délicates. D'autre part, la matière à injection pénètre jusque dans l'épithélium superficiel et s'insinue entre les cellules, sans qu'il soit possible de déterminer par quelles voies elle traverse la membrane de Bowmann. Ce serait vraisemblablement, comme l'a admis Leber, en suivant les nerfs qui se rendent dans l'épithélium.

Gutmann décrit les particularités qui distinguent la cornée des différents animaux qu'il a examinés, insistant sur la forme variable des espaces remplis par l'injection et concluant à l'existence de véritables lacunes lymphatiques *préformées*. A. NICOLAS.

Sur la forme de la cornée humaine normale, par A. LEROY (*C. R. Acad. des sciences*, 29 *octobre* 1888).

La surface de la cornée normale peut être assimilée à un ellipsoïde déformé; la courbure diminue du centre à la périphérie, mais cette diminution n'est pas la même dans tous les méridiens; l'aplatissement maximum est du côté nasal. Or, comme la forme de la cornée doit être étroitement liée à celle de la sclérotique, il est impossible de ne pas être frappé par ce fait que l'aplatissement maximum est précisément en regard de l'insertion du droit interne, dont l'importance fonctionnelle est prépondérante à un si haut degré. Il est donc présumable que les muscles moteurs du globe oculaire sont les agents principaux de son asymétrie, c'est-à-dire que les choses se passent comme si l'œil, primitivement sphérique, était déformé par les sangles musculaires qui le meuvent. Si cette déformation ne se transmet pas jusqu'au centre de la cornée, à un degré appréciable, la cornée est dite normale; elle est dite astigmate dans le cas contraire. M. DUVAL.

De la structure de l'iris, par DEBIERRE (*Société de biologie*, 14 *avril* 1888).

Sur des coupes pratiquées, quelques instants après la mort, sur l'œil

d'un décapité, on constate que le stroma de l'iris contient un certain nombre de faisceaux de fibres lisses qui, à première vue, pourraient être considérés comme des fibres dilatatrices, mais à un examen plus attentif, on ne tarde pas à reconnaître que ces fibres appartiennent en réalité au sphincter irien. Il y a donc lieu de supposer que les fibres radiées ou dilatatrices de l'iris décrites par un certain nombre d'anatomistes n'existent pas. F. DE LAPERSONNE.

Zur Entwickelungsgeschichte des Thränennasenganges (Contribution à l'histoire du développement du canal lacrymal chez l'homme), par EWETZKY (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 1.)

L'auteur a fait des recherches sur quatre embryons humains : le premier mesurait 9 millimètres de long ; la mesure du second ne put être prise; le troisième avait 12 millimètres et le quatrième 42 millimètres. Les résultats de ces recherches peuvent être résumés de la façon suivante :

1) Le développement du canal lacrymal débute à la fin de la cinquième ou au commencement de la sixième semaine de la vie embryonnaire.

2) Le développement du canal se fait chez l'homme selon le même type que chez les vertébrés.

3) La différence nette, mais non essentielle, qui existe entre les mammifères et l'homme réside dans la forme que prend le canal dans la première période de développement. ROHMER.

Note sur les aponévroses du cou. La capsule et les ligaments du corps thyroïde, par P. SEBILEAU (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 463, 1888).

1° Il y a 4 aponévroses cervicales, la superficielle, la moyenne, la profonde et la transverse, qui dépend de la moyenne. 2° Le corps thyroïde possède une enveloppe constante, qui dépend de l'aponévrose cervicale transverse. 3° Cette aponévrose forme aussi la gaine du paquet vasculonerveux du cou.

Le corps thyroïde est fixé par un ligament supérieur et médian qui va de la gaine au cricoïde et par deux ligaments latéraux internes qui vont de la gaine à la trachée. A cela il faut joindre six ligaments latéraux, trois de chaque côté, suivant les vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs, et la veine thyroïdienne moyenne pour aller se confondre avec la gaine tangentielle des gros vaisseaux.

C'est une dépendance de l'aponévrose transverse. A. BROCA.

Origine et évolution des amygdales chez les mammifères, par Ed. RETTERER (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *janvier et juillet* 1888).

Les amygdales prennent naissance par des bourgeons de la face profonde de l'épithélium, selon le processus ordinaire de la formation des glandes. Les premiers bourgeons apparus se garnissent bientôt de bourgeons secondaires, autour desquels le tissu conjonctif de la muqueuse prolifère abondamment en même temps qu'il devient très vasculaire. Au fur et à mesure de l'allongement des bourgeons épithéliaux, le tissu conjonctif les enveloppe et, les circonscrivant bientôt complètement, sépare finalement les bourgeons secondaires d'avec l'invagination primitive qui leur a donné naissance. A ce moment, l'ébauche amygdalienne est donc

caractérisée par la présence, d'une part, des invaginations primitives devenues creuses et persistant sous forme de lacunes ou diverticules, et, d'autre part, d'une série de lobules dont le centre est de nature épithéliale et la périphérie conjonctive est très vasculaire.

Cette première période est suivie d'un stade qui rappelle la formation du foie ; en effet, les deux portions centrales et épithéliales de chaque lobule perdent toute limite nette du côté du tissu conjonctif; celui-ci pénètre sur divers points entre les éléments épithéliaux, qu'il dissocie pour ainsi dire, et qu'il circonscrit par un réseau conjonctif et vasculaire. L'examen des amygdales à un âge de plus en plus avancé montre que la charpente connective, d'abord périphérique, gagne peu à peu le centre, et que la constitution des lobules varie notablement d'une époque à l'autre en raison de la pénétration concentrique du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins. Dans un âge avancé, on observe une augmentation considérable des travées conjonctives et du réseau vasculaire, et une atrophie corrélative des éléments propres ; ces derniers subissent une régression graisseuse particulière, consistant en une dégénérescence du protoplasma cellulaire et du noyau, qui disparaissent; plus tard, à leur place, on voit des espaces vides creusés dans la charpente conjonctive.

L'évolution des amygdales est la même chez les divers mammifères ; les différences ne portent que sur des phénomènes secondaires. Quand la masse tonsillaire est bien limitée, elle résulte d'une ou de quelques invaginations épithéliales (homme, bœuf, mouton, chien, chat et dauphin, etc.); lorsque les amygdales sont étendues en surface, elles proviennent d'un grand nombre d'involutions se faisant à la fois sur une portion notable de l'isthme du gosier. D'autre part, la longueur des invaginations épithéliales qu'on remarque sur le bœuf explique la dissociation des faisceaux striés de la tunique musculaire sous-jacente, de telle sorte qu'on trouve des fibres musculaires striées dans l'intervalle des lobes amygdaliens.

L'acide osmique et le nitrate d'argent ont permis à l'auteur de mieux déterminer la structure et les rapports des lymphatiques; ces vaisseaux forment un réseau lymphatique très serré et constitué par des parois endothéliales complètement fermées.

Ces faits de développement et de texture semblent indiquer que les amygdales s'éloignent sensiblement des ganglions lymphatiques auxquels on les a assimilées jusqu'aujourd'hui. M. DUVAL.

Note préliminaire sur la structure de la rate et sur la destruction des globules rouges qui s'opère normalement à l'intérieur de cet organe, par G. DENYS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, mars* 1888).

Les recherches de Denys ont porté sur un grand nombre d'animaux appartenant aux diverses classes des vertébrés. Suivant lui, la pulpe splénique présente une toute autre structure que celle généralement admise; le tissu adénoïde n'existe pas; elle ne comprend qu'un système de lacunes communiquant largement entre elles et traversées dans tous les sens par des trabécules anastomosées. Ces trabécules sont recouvertes d'une couche de cellules plates, analogues à l'endothélium des vaisseaux. Les cellules à globules rouges sont rares dans la rate à l'état normal; on y trouve au contraire un grand nombre

d'hématies en voie de régression. Ces hématies sont libres dans le système caverneux de la pulpe; un petit nombre paraît occuper l'intérieur des cellules endothéliales. C'est dans ces cellules que l'hémoglobine est décomposée et un de ses produits de décomposition, le fer, reste à l'état de combinaison peu complexe dans le protoplasma, sous forme de pigment. La formation du pigment comporte deux phases; une première, dans laquelle l'hémoglobine quitte le globule sanguin en nature et à l'état de dérivé chromogène; une seconde phase, où elle est absorbée par les cellules endothéliales. F. H.

Atlas d'embryologie, par Mathias DUVAL (40 *planches doubles comprenant* 652 *figures. Paris*, 1888).

« Me livrant depuis douze ans à des recherches d'embryologie, je me suis trouvé, à un moment donné, en possession d'une collection complète de préparations sur le développement du poulet, et lorsque quelques-uns de mes élèves ont étudié cette collection, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle ils comprenaient les processus les plus compliqués du développement, alors que souvent les descriptions schématiques et morcelées des auteurs ne leur en avaient donné qu'une idée incomplète. Il était donc tout indiqué de mettre une semblable collection à la large disposition de tous, en la publiant sous forme de figures réunies en planches. » Cette déclaration, qui sert d'introduction à cet atlas, en exprime bien le caractère essentiellement démonstratif. La première planche est, en effet, composée de manière à donner une vue d'ensemble du sujet, depuis l'œuf dans l'ovaire et l'oviducte, jusqu'au poulet prêt à l'éclosion. Les deux planches suivantes sont consacrées à la structure de l'œuf, à sa segmentation, à la formation du blastoderme. Puis vient, dans les planches IV à X, la représentation des linéaments successifs de l'embryon, depuis l'état de ligne primitive et de gouttière médullaire.

Vient alors la série des planches qui forment la partie la plus considérable de l'ouvrage et qui sont destinées à l'étude de la constitution du blastoderme et de l'embryon, au point de vue histologique et histogénétique. Cette étude, faite à l'aide de coupes microscopiques transversales et longitudinales, l'auteur a voulu l'éclairer par des figures aussi claires et aussi parlantes que possible. Pour que chaque détail de ces figures fût lu et interprété avec une égale facilité, il fallait que, dans chaque formation, un premier coup d'œil suffît à faire saisir ce qui revient à chaque feuillet blastodermique. Il a suffi pour cela que le mésoderme, et tout ce qui est de provenance mésodermique, fût figuré en rouge, car, ce feuillet s'interposant partout entre les deux autres (ectoderme et endoderme), ces derniers ont pu être tous deux figurés en noir, sans qu'aucune confusion soit possible entre eux. Ce tirage en rouge du feuillet moyen est, du reste, tout ce qu'il y a de schématique sur ces figures, qui sont toutes la reproduction, à la chambre claire, de préparations soigneusement sériées.

L'auteur, grâce à certaines dispositions, est ainsi parvenu à faire un atlas dont les planches peuvent être lues comme on lit un texte imprimé : au lieu de lire des idées et des théories, on lit ici la succession des faits, leurs rapports et leur enchaînement.

Ces planches sont accompagnées d'un texte divisé en trois parties : 1° une *introduction pratique* où se trouvent toutes les *indications techniques* sur les procédés de travail employés en embryologie, c'est-à-dire sur les couveuses, sur le maniement des œufs pour l'extraction du blastoderme et de l'embryon, et enfin sur la pratique des coupes; ici, l'auteur insiste particulièrement sur la technique des coupes à l'aide du collodion, en indiquant comment il a été le premier à employer ce précieux moyen d'inclusion, et comment il en a perfectionné récemment l'usage ; 2° une *explication* très détaillée des planches ; 3° un *répertoire alphabétique*, tel que le lecteur qui voudra suivre plus particulièrement la formation d'un organe, n'aura qu'à chercher le nom de cet organe dans le répertoire en question, et trouvera alors l'indication de la figure où on assiste à la première apparition de cet organe, puis de celles où sa morphologie se dessine graduellement en se compliquant jusqu'à son achèvement. A. C.

Ueber die Eireifung und die Befruchtungsvorgänge bei Ascaris marginata (Sur les processus de la maturation et de la fécondation de l'œuf chez l'Ascaris marginata), par N. KULTSCHISKY (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXII, Heft* 4).

Dans les œufs très jeunes et non mûrs, la vésicule germinative se compose d'une membrane, d'un contenu achromatique transparent et d'un nucléole chromatique. Ce dernier se décompose bientôt en deux parties, l'une qui se colore vivement par le carmin et possède toutes les propriétés de la chromatine ; l'autre, pâle et moins colorable qui constitue la substance nucléolaire ordinaire. La chromatine forme une boule irrégulière et d'aspect variable qui, au bout d'un certain temps, se décompose en grains, tandis que le nucléole pâle ne subit pour ainsi dire aucune modification.

L'œuf mûr présente les caractères suivants : la chromatine de la vésicule germinative est rassemblée en un groupe de bâtonnets dont le nombre et les dimensions sont variables selon les différents œufs. Les autres éléments de la vésicule ont disparu sans laisser de traces. Enfin l'œuf mûr acquiert le pouvoir de s'entourer d'une membrane qui n'apparaît et ne devient caractéristique qu'après la pénétration du spermatozoïde.

La substance achromatique qui constitue les fuseaux dans l'expulsion des globules polaires dérive du protoplasma ovulaire.

La formation et l'expulsion des globules polaires se fait suivant les processus d'une division indirecte absolument typique ; il en résulte qu'on peut considérer ces corps comme des éléments cellulaires séparés de l'œuf auquel ils empruntent une très petite quantité de son protoplasme.

Quant aux pronuclei, ils se constituent indépendamment l'un de l'autre, l'un aux dépens de la chromatine de l'œuf seule, l'autre aux dépens de la chromatine du spermatozoïde également seule. Chez Ascaris marginata, il y en a habituellement deux, rarement un, et jamais trois. Leur structure est la même pour tous deux, chacun se compose d'une enveloppe de substance achromatique fortement réfringente, de bâtonnets ou grains chromatiques agencés tout contre la membrane, et d'une substance achromatique sous forme d'un réseau très fin qui représente la masse principale du noyau, enfin d'un gros nucléole caractéristique. A. NICOLAS.

Ueber Bau und Eintheilung der Drüsen (Sur la structure et la classification des glandes), par **FLEMMING** (*Arch. f. An. und Phys., anat. Abth., Heft* 5-6, 15 *p.*, 1 *pl.*, 1888).

Flemming, cherchant une classification morphologique des glandes, rejette celle, couramment adoptée, qui les partage en acineuses et tubuleuses. Il montre que le terme d'acinus, ou celui d'alvéole qui a remplacé le précédent, prêtent à confusion, attendu qu'ils ont été employés tour à tour pour désigner et les lobules, macroscopiquement ou microscopiquement visibles, des glandes, et les extrémités dilatées en ampoule des conduits sécréteurs. Si l'on accepte pour le mot d'acinus la dernière de ces deux significations, il convient de faire remarquer que l'on doit singulièrement diminuer le nombre des glandes considérées comme acineuses. Par exemple les glandes salivaires sont des glandes tubuleuses ramifiées ; les extrémités terminales de leurs canaux sécréteurs ne sont nullement dilatées et ne méritent pas les noms de vésicules terminales, d'acini ou d'alvéoles.

Flemming propose d'apporter à la classification des glandes les modifications suivantes : 1° rejeter définitivement le terme « acinus », qui prête à confusion ; 2° nommer tube ce qui est réellement un tube cylindrique ramifié, et n'en point faire une ampoule, un acinus, une alvéole, etc.; 3° renoncer à placer au premier plan, dans une classification des glandes, les formes (cylindriques ou dilatées) des conduits sécréteurs terminaux. On pourrait employer le terme de « système canaliculé » (Gangsystem) pour désigner dans une glande tubuleuse composée, un groupe terminal unique. Dans une glande alvéolaire composée, le terme de « système alvéolaire » (Alveolärsystem) pourrait recevoir le même emploi.

C'est d'après ces principes que Flemming dresse un tableau où les glandes sont classées. A. PRENANT.

Anatomische Untersuchungen über die Nervenversorgung der Mund-und Nasenhöhlendrüsen der Wirbelthiere (Innervation des glandes buccales et nasales des vertébrés), par **GAUPP** (*Morph. Jahrbuch*, *Band XIV*, *Heft* 3, 53 *p.*, 1 *pl.*, 1888).

L'auteur fait observer que le critérium le plus certain dont on puisse se servir pour établir des homologies sérieuses entre les glandes buccales et nasales dans les différentes classes de vertébrés, est celui que l'on tire des nerfs qui se distribuent à ces glandes. Il passe donc en revue, dans ce but, l'innervation des glandes de la bouche et des fosses nasales successivement chez les amphibiens, les reptiles et les oiseaux et chez les mammifères. Les données qu'il tire de l'innervation glandulaire lui permettent d'établir une classification des glandes de la bouche et de la cavité nasale, qui termine le travail et en forme les conclusions. A. PRENANT.

Untersuchungen über die Struktur... (Recherches sur la structure des spermatozoïdes ; contribution à l'étude de la constitution intime des éléments contractiles. — Première partie : Les spermatozoïdes des oiseaux), par **BALLOWITZ** (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXXII*, *Heft* 3, 73 *p.*, 5 *pl.*, 1888).

On sait que Wagener, Engelmann et d'autres ont montré la structure

fibrillaire des éléments contractiles. Cette structure, Ballowitz la retrouve dans un élément contractile très particulier, la queue du spermatozoïde, tant chez les mammifères qu'il a étudiés antérieurement, que chez les oiseaux. Le filament axile de la queue peut être en effet décomposé, sous l'influence de certains agents, parmi lesquels le plus efficace est la putréfaction, en fibrilles juxtaposées. Cette constitution fibrillaire du filament axile assure à ce dernier la contractilité ; le filament axile est donc l'élément essentiel de l'organe moteur du spermatozoïde, de la queue.

Bien que les constatations qui précèdent soient la partie réellement originale du travail, l'auteur, étendant le champ de ses recherches à la constitution du spermatozoïde tout entier, examine successivement la structure de la queue et celle de la tête, chez les passereaux d'abord, chez les autres oiseaux ensuite, dont les zoospermes diffèrent, on le sait, très notablement de ceux des passereaux.

1° — A. La queue du spermatozoïde des passereaux, fort longue, se compose d'une pièce d'union (Verbindungsstück), d'une pièce principale (Hauptstück), d'une pièce terminale (Endstück). Le filament axile règne d'un bout à l'autre de la queue, et forme à lui seul la pièce terminale. Tout le long des pièces d'union et principale, il se montre entouré d'un filament spiral, dont les tours de spire sont réunis ensemble par une enveloppe protoplasmique. Le filament axile se décompose suivant sa longueur en deux fibres, que l'on reconnaît être des faisceaux de fibrilles ; car on voit chacune d'elles se dissocier en un grand nombre de filaments très ténus. L'insertion du filament axile à la tête se fait au moyen d'une sorte de bouton, que l'on peut voir éprouver une bipartition correspondant à celle du filament axile qui lui fait suite. Ce « bouton terminal » du filament axile est réuni à la tête par une substance cimentante, qui se traduit sous la forme d'une ligne claire transversale. Plusieurs détails de structure sont encore mentionnés, qui ne sauraient trouver place ici.

Au sujet du développement de la queue, Ballowitz dit que le filament spiral provient du protoplasma du spermatocyte, et montre comment il se forme. Comme la pièce d'union des mammifères prend naissance, elle aussi, mais elle seule, aux dépens du protoplasma, l'auteur conclut que la totalité de la queue (sauf la pièce terminale), doit représenter chez les oiseaux la pièce d'union des mammifères.

B. Les têtes des spermatozoïdes des passereaux, de forme parfaitement hélicoïdale, peuvent être considérées comme constituées de deux parties, d'aspect et de réactions différentes : la portion antérieure, que distingue une bordure claire membraniforme ; la portion postérieure qui, de par ses réactions, n'est autre qu'un corps chromatique sans structure.

2° — A. Les spermatozoïdes des autres oiseaux ont des caractères tout différents. La queue, très courte et très fine, présente une pièce d'union, une pièce principale, mais n'offre pas de pièce terminale. La pièce d'union est constituée par un filament axile qu'entoure un filament spiral dont les tours sont très rapprochés. La pièce principale, de calibre bien moindre, est formée par le filament axile, enveloppé d'une mince gaine protoplasmique.

La queue des spermatozoïdes du pigeon est tout autrement structurée. Très longue et très épaisse, dépourvue de pièce d'union, mais présentant une pièce terminale, elle présente une enveloppe spirale très particulière. L'auteur discute la question de savoir si la prétendue pièce principale de la queue ne serait pas une pièce d'union.

B. La tête des spermatozoïdes des oiseaux autres que les passereaux présente deux formes bien différentes : tantôt une forme effilée, tantôt une figure cylindrique. Elle offre, chez certains oiseaux et dans certains cas, une striation transversale nette. A son extrémité antérieure, elle porte un petit appendice clair, le « Spitzenstück » de l'auteur.

A. PRENANT.

Untersuchung über den Verhornungsprocess (Recherches sur le processus de kératinisation. — 2e partie : La structure de l'épiderme humain), par ZANDER (*Arch. für Anat. und Phys., an. Abth., Heft* 1, 1888).

L'épiderme qui revêt la face palmaire de la main et des doigts et la face plantaire des pieds et des orteils n'est pas seulement plus épais que celui qui recouvre tout le reste du corps, il est encore autrement constitué. Le premier possède des papilles très développées, qui font défaut ou sont très rudimentaires sur le second; par suite, les papilles étant le support des vaisseaux sanguins, là c'est pour les cellules une nutrition abondante, au lieu qu'ici elle est beaucoup moindre. A la paume et à la plante, la couche germinative, celle qui, par sa prolifération, assure le remplacement incessant des cellules desquamées, est beaucoup plus étendue en surface que partout ailleurs; le nombre des cellules produites est plus grand, et par suite les éléments, pour continuer à tapisser la surface du corps, ne devront pas s'aplatir et s'étendre autant que dans les parties de l'épiderme dépourvues de papilles. En s'aplatissant, les cellules qui passent d'une forme polyédrique à la forme lenticulaire se pressent les unes contre les autres; les ponts intercellulaires se rapprochent et se couchent les uns sur les autres, en même temps qu'ils s'allongent jusqu'à se rompre. Ce n'est que dans le sens de l'aplatissement, parallèlement à la surface du corps, que les ponts intercellulaires peuvent se conserver, et que les cellules, par conséquent, conservent entre elles des connexions; il en résulte que l'on peut, dans l'épiderme, séparer des lamelles parallèles à la surface épidermique.

Du temps que les cellules subissent ces changements de forme, le processus de kératinisation s'accomplit. Il est essentiellement dû au défaut de nutrition des éléments, et par suite s'accomplira plus vite dans les portions d'épiderme dépourvues de papilles et mal nourries que dans celles qui, munies de papilles, le sont bien. La couche de Malpighi sera donc plus mince dans le premier cas que dans le second. Le début de la transformation cornée est marqué par le dépôt de grains dans les cellules; ces grains, d'abord très disséminés, deviennent ensuite plus nombreux, et sont finalement serrés au point de ne plus pouvoir être distingués les uns des autres. A ce moment cesse la couche granuleuse (stratum granulosum) à laquelle succède le stratum lucidum. Ici, les cellules s'aplatissant de plus en plus, leur réseau protoplasmique se resserre toujours davantage; on ne trouve plus alors de grains distincts, mais toute la substance cellulaire paraît être transformée en substance cornée.

Les ponts intercellulaires subissent bientôt la même transformation ; le noyau seul y échappe. Dans la couche cornée, le noyau disparaît, la cavité nucléaire même devient indistincte par suite de l'aplatissement de la cellule. Les différentes couches, couche de Malpighi, stratum granulosum, stratum lucidum, couche cornée, que parcourent les cellules dans leur évolution, sont d'autant plus épaisses que cette évolution est plus lente ; et celle-ci à son tour est d'autant plus rapide que la nutrition des éléments est moindre. De là résulte que, d'une part, dans les épidermes alimentés sur des papilles, le stratum granulosum peut atteindre une épaisseur de six assises cellulaires, le stratum lucidum ayant une puissance à peu près pareille, tandis que les parties épidermiques dépourvues de papilles le stratum granulosum est réduit à quelques cellules disséminées çà et là et ne forme même pas une assise cellulaire continue, le stratum lucidum n'étant pas représenté d'une façon suffisamment caractéristique pour mériter une mention spéciale.

Comme conclusion, on peut établir l'existence de deux types épidermiques.

Le type A est présenté par l'épiderme des surfaces palmaire et plantaire, nourri par des papilles abondantes, pourvu d'une couche profonde à pouvoir germinatif puissant. Comme conséquence, l'aplatissement et la kératinisation des cellules se font lentement, l'épiderme est épais.

Le type B, qui se rencontre sur tous les autres points de la surface du corps, présente des caractères inverses. A. PRENANT.

Der Sternalwinkel, Angulus Ludovici, in anatomischer und klinischer Beziehung (L'angle sternal, angle de Louis, au point de vue anatomique et clinique), par W. BRAUNE (*Arch. f. Anat. und Phys. anat., Abth. Heft* 5 *et* 6, 1888).

On sait que l'on appelle angle de Louis l'angle que fait, dans certaines conditions, la surface du manubrium avec celle du corps du sternum. Cet angle a son sommet dirigé en avant et est caractérisé par un bourrelet saillant transversal au niveau de la deuxième côte.

On a considéré cet angle comme un indice de la phtisie au début et l'on a cru qu'il était dû au ratatinement du poumon ; mais l'expérience prouve qu'il ne se manifeste pas du tout d'une manière constante dans la phtisie, qu'il existe très fréquemment chez les sujets atteints d'emphysème pulmonaire et enfin qu'il se montre chez des individus absolument indemnes. Ce n'est pas une déformation produite par la rétraction d'un tissu cicatriciel. Elle est le résultat d'une adaptation partielle du thorax à la surface pulmonaire, sous l'influence de la pression atmosphérique. On la constate même dans la pleurite sans adhérences. L'auteur montre par des expériences que l'on peut produire artificiellement l'angle de Louis par des mouvements exagérés d'inspiration, et après section transversale du sternum.

Le sternum est un appareil destiné à enrayer les mouvements des côtes, lorsqu'il est devenu un os solide, et réciproquement le jeu des côtes modère les mouvements du sternum. Dans la respiration, la partie supérieure du sternum est portée en avant par les côtes et ce mouvement de projection tend à être entravé par l'action des côtes inférieures qui agrandissent surtout le diamètre transversal de la cage thoracique. Après la section du manubrium, le tissu pulmonaire se laisse beaucoup

distendre par l'insufflation et alors cette partie du sternum n'étant plus retenue par le corps de l'os est susceptible de s'éloigner davantage de la colonne vertébrale. Ainsi prend naissance l'angle sternal.

En résumé, l angle sternal est le résultat de grandes inspirations; il s'observe surtout dans l'emphysème, à condition que l'affection débute de bonne heure, alors que les différentes pièces du sternum ne sont pas encore soudées en un os unique. Cependant, dans d'autres circonstances, par exemple dans le cas de grandes cavernes au sommet des poumons, il peut arriver que la poignée du sternum s'affaisse et qu'il se développe ainsi un angle sternal. A. NICOLAS.

Studien über transplantirte Haut. Entwickelung und Bedeutung des Hautpigments (Études sur la peau transplantée. Développement et signification du pigment cutané), par KARG (*Arch. f. Anat. und Phys., anat. Abth., Heft* 5-6, 37 *p.*, 3 *pl.*, 1888).

Dans une précédente communication (Anat. Anz. 1887), l'auteur, ayant suivi les transformations macroscopiques subies par de la peau blanche transplantée sur un nègre et inversement, ayant observé que la peau devient absolument noire dans le premier cas et blanche dans le second, et soumis des lambeaux de peau à l'examen microscopique, est arrivé aux résultats suivants, au sujet du mode de production du pigment : des cellules pigmentées, venues du derme, pénètrent dans l'épiderme, s'y ramifient, et déposent leur pigment dans les cellules épithéliales. Quant à l'origine du pigment, dans les cellules épidermiques, élaboré par celles-ci à la suite d'un processus chimique quelconque, elle doit être écartée.

Dans le présent travail, Karg développe les faits et les résultats qu'il a précédemment avancés.

Il communique d'abord, avec le procédé opératoire employé pour la transplantation de la peau, les observations macroscopiques qu'il a pu faire : de la peau blanche greffée sur un nègre était devenue noire dans l'espace de 7 semaines.

Quant aux phénomènes d'ordre microscopique, ils peuvent être ainsi résumés.

C'est par un processus secondaire que les cellules de l'épiderme et de ses annexes se chargent de pigment. Le pigment est amené aux cellules épidermiques par des cellules qui viennent du derme, et que l'on peut avec Leydig et Ehrmann nommer chromatophores. Les chromatophores émigrent dans l'épiderme ; ou tout au moins, tandis que leur corps cellulaire demeure à la limite du derme et de l'épiderme, envoient-ils dans ce dernier des prolongements qui pénètrent dans les conduits intercellulaires. Les prolongements pigmentés se terminent dans les cellules épithéliales mêmes, auxquelles ils cèdent leur pigment. L'absorption des grains pigmentaires par les cellules épithéliales semble une sorte de phagocytose, la cellule épithéliale détruisant le prolongement pour en absorber les parties constitutives.

Quant à la nature des cellules pigmentées dermiques, quant au lieu où elles fabriquent leur pigment ou bien s'en chargent, on est moins fixé. Karg discute la question de savoir si les cellules pigmentées représentent des corpuscules fixes du tissu conjonctif ou des cellules migratrices.

Pour ce qui est de la production du pigment dans les cellules, elle est en rapport avec la vascularisation, mais il serait inexact de croire qu'elle soit due à une simple désagrégation des globules rouges en grains pigmentaires.

Le processus migrateur, grâce auquel l'épiderme se charge de pigment, est le signe d'un mouvement actif de matériaux nutritifs vers l'épiderme. En effet, tant que les cellules pigmentées font défaut dans la greffe épidermique de peau blanche transportée sur le nègre, l'épiderme de la greffe est mince, et ses cellules offrent des marques de dégénérescence ; dès qu'au contraire pénètrent dans l'épiderme les cellules pigmentées, la nutrition de l'épiderme s'active, des mitoses y apparaissent.

Cherchant enfin les relations qui peuvent exister entre les cellules pigmentées devenues intraépidermiques et les terminaisons nerveuses intraépithéliales, Karg conclut que les plexus nerveux, tels que ceux que Gaule et d'autres ont décrits, sont la même chose que les éléments conjonctifs émigrés dans l'épiderme. A. PRENANT.

Kérato-hyaline et éléidine, par BUZZI (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *VIII*, 1888).

Les histologistes ne sont pas d'accord sur la nature des grains et des gouttes qui se trouvent dans la zone intermédiaire à la couche osseuse de l'épiderme. Il s'agit pour Ranvier d'une huile essentielle, pour Waldeyer et Unna d'un produit solide d'origine protoplasmique voisin de l'hyaline. L'auteur se rattache à une opinion mixte, il admet à la fois l'existence de gouttes graisseuses et de particules solides réagissant différemment sous l'influence des matières colorantes ; les premières représentent l'éléidine de Ranvier, les autres la kérato-hyaline de Waldeyer. H. H.

Ueber Schrümpfungserfungscheinungen am hyalinen Knorpelgewebe des Menschen und deren Beziehungen zu den Fibrillen (Sur des phénomènes de ratatinement dans le cartilage hyalin de l'homme et leurs rapports avec les fibrilles), par SOLGER (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXXI*, *Heft* 3, 1888).

Solger étudie les transformations que produit dans le cartilage hyalin l'action de l'alcool absolu ; il étudie ces modifications à l'œil nu, puis au microscope.

Macroscopiquement, on observe, ainsi que l'auteur l'a déjà fait voir ailleurs (Kölliker's Festschrift) des changements dans l'état optique du cartilage, qui, sous l'influence de l'alcool absolu, devient, en certains endroits, transparent et vitreux, tandis qu'il conserve en d'autres points un aspect opaque et porcelainé (voir *R. S. M.*, XXIX, 409). On est porté à admettre que l'alcool absolu produit ces effets grâce à son pouvoir déshydratant. La dessiccation est suivie des mêmes effets que ceux produits par l'alcool absolu. Toutefois des agents certainement déshydratants, tels que l'alcool méthylique et l'éther, ne déterminent pas dans le cartilage hyalin la transformation vitreuse. Cette contradiction apparente s'explique si l'on suppose dans le tissu cartilagineux, ainsi que cela est admis pour d'autres tissus, l'existence d'une « eau interstitielle » et d'une « eau d'imbibition »; la première, répandue dans les cavités capsulaires et entre les fibrilles de la substance fondamentale, pourrait être soustraite au cartilage par l'emploi de l'éther et de l'alcool méthy-

lique; pour enlever la seconde, imbibant la substance des fibrilles elle-même, il faudrait user de la dessiccation ou de l'alcool absolu.

Au microscope, on voit que l'alcool fait apparaître dans le cartilage une structure fibrillaire, sous forme de striation. L'auteur, recherchant quelle est la nature de cette striation et des « fibrilles d'alcool », se refuse à y voir des canalicules du suc dont l'existence lui paraît contestable, et des fibrilles de nature spéciale. Ce ne sont, selon lui, que des plissements déterminés par le ratatinement des fibrilles de la substance fondamentale, dont nombre d'auteurs ont démontré, par l'emploi des réactifs les plus divers, l'existence dans le cartilage hyalin.

Solger termine par une critique des travaux qui ont été récemment publiés sur la structure du cartilage hyalin. A. PRENANT.

Des muscles de la vie animale à contraction brusque et à contraction lente, chez le lièvre, par L. RANVIER (*C. R. Acad. des sc.*, 17 *décembre* 1888).

C'est une notion aujourd'hui classique que celle des propriétés différentes des muscles qui, chez le lapin, sont de couleur pâle et jouissent de contractions énergiques et brusques, et des muscles qui sont rouges et ont des contractions lentes (muscles équilibrateurs). Chez le lièvre, tous les muscles sont rouges, mais ceux de ces muscles qui sont pâles chez le lapin, ont chez le lièvre la même structure que les muscles pâles du lapin, et de même ceux qui sont rouges chez le lapin, se caractérisent aussi chez le lièvre par la constitution histologique des muscles qui, chez le lapin, sont dits muscles rouges. Une récente expérience, sur un levraut vigoureux et bien portant, a montré qu'à cette différence de constitution histologique correspond une différence de propriétés physiologiques identique à celle qui est connue pour le lapin : les premiers muscles se contractent brusquement, tandis que les seconds se contractent lentement, progressivement et ne reprennent qu'avec lenteur l'état de contraction. L'auteur a institué des tentatives d'élevage qui lui permettront un jour d'observer la couleur des divers muscles de la vie animale chez les métis du lièvre et du lapin dits léporides. M. DUVAL.

Canaux accessoires de l'urètre, par LEJARS (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *juin* 1888).

Aux observations classiques (Luschka, Cruveilhier, Marchal de Calvi, Picardat, Lunardo) de fistulettes génitales ou urinaires juxta-urétrales, plus ou moins longues, mais toujours très fines, Lejars ajoute un cas personnel dans lequel il s'agit d'un long et large trajet accollé sur l'urètre vrai et se terminant en cul-de-sac. Ici, comme dans le fait à peu près semblable de Perkowsky, le canal accessoire était seul atteint de blennorragie.

Cherchant à expliquer la pathogénie de ces anomalies, l'auteur a quelque tendance à les rattacher à un vice de soudure embryonnaire, à une variété d'épispadias constituée par l'adossement incomplet des deux bourgeons caverneux. Puis, il insiste sur les déductions cliniques et pratiques à tirer de l'existence de ces trajets anormaux au point de vue de la blennorragie. R. JAMIN.

Recherches sur la distribution des vaisseaux spermatiques chez les mammifères et chez l'homme, par BIMAR (*Mémoire accompagné d'une planche. — Journ. de l'anat. et de la physiol., juillet* 1888).

D'après les auteurs classiques, l'artère spermatique se distribuerait au testicule par des rameaux centraux qui partiraient du corps d'Highmore pour rayonner vers la périphérie de la glande, en suivant les cloisons qui relient le corps d'Highmore à la tunique albuginée. Or, ces rameaux sont extrêmement rares, ou même n'existent pas, et la description classique a eu pour origine une disposition qui a pu facilement en imposer aux anatomistes. Les rameaux de l'artère spermatique abordent, en réalité, le testicule par toute sa périphérie. En effet, l'artère spermatique s'engage dans l'épaisseur de la tunique albuginée, en passant par le côté de la tête de l'épididyme ; elle se divise dans l'albuginée en rameaux flexueux qui pénètrent dans le testicule en suivant, de la périphérie au centre, les cloisons interlobulaires; ces rameaux arrivent ainsi, par une course centripète, vers le corps d'Highmore, et alors, par un trajet inverse, ils reviennent vers la périphérie en décrivant des arcades. C'est cette branche centrifuge de l'arcade qui a fait croire que les ramifications artérielles rayonnaient directement du centre à la périphérie. M. DUVAL.

La gaine des muscles droits et la cavité prévésicale, par Adrien CHARPY (*Revue de chirurgie, n° 2, p.* 117, *et n° 3, p.* 191, 1888).

Étudiant d'abord la gaine des muscles droits, Charpy montre que le périmysium de chacun de ces muscles, après avoir revêtu ses deux faces, s'étale sur les bords en deux ailerons qui vont se fixer à l'angle de la coulisse fibreuse. D'où séparation de la gaine en deux espaces : l'un prémusculaire, serré, étroit, à peine injectable, limité en haut par l'intersection fibreuse sous-ombilicale du muscle; l'autre rétro-musculaire large, dilatable, allant des côtes au pubis.

En dehors, la gaine est solidement fermée; en dedans, les deux gaines sont séparées, et cela constamment, d'après Charpy, par une cloison médiane antéro-postérieure, et constituée par la fixation du fascia transversalis à la ligne blanche.

La lame fibreuse rétro-musculaire, qui forme la partie postérieure de la gaine, n'est autre que la partie moyenne du fascia transversalis. Entre elle et le muscle existe un espace, fosse rétro-musculaire, rempli de tissu cellulaire, et contenant le rameau pubien de l'artère épigastrique.

Quant au muscle pyramidal, quand il existe, il possède une gaine propre, bien distincte, qui lui est fournie par les aponévroses des muscles larges.

La cavité prévésicale n'existe point telle que l'a décrite Retzius. Charpy a toujours trouvé la disposition suivante :

Il existe à la région hypogastrique, en avant de l'ouraque et de la vessie, une lame conjonctive qu'on peut assimiler au *fascia propria*, et à laquelle l'auteur donne le nom de *feuillet prévésical*. Ce feuillet est étendu au-devant de la face antérieure découverte de la vessie comme lame de soutien et de glissement, triangulaire, très mince en haut, résistante en bas. La pointe tronquée, élargie, se fixe à l'ombilic où elle est continuée par le fascia de la veine ombilicale : sa base curviligne, comme

le contour du bassin, repose sur le fascia pelvien et s'y soude presque partout. Sur les côtés, ce feuillet, dépassant à peine les artères ombilicales, finit en s'accolant au péritoine, puis, suivant la courbe de ces artères, il descend jusqu'à leurs gros vaisseaux d'origine, est arrêté par l'obturatrice et l'hypogastrique, se replie en avant et vient se souder à l'aponévrose de l'obturateur interne.

Le feuillet prévésical sépare deux espaces : l'un antérieur, qui est la cavité prévésicale; l'autre postérieur, qui est l'espace sous-péritonéal.

La cavité prévésicale est un espace triangulaire, très aplati, courbé sur les bords, courbé aussi sur le plat, puisqu'il entoure la moitié de la vessie. Il va de l'ombilic au plancher du bassin, et se prolonge en cul-de-sac le long de la prostate et du rectum jusqu'à l'échancrure sciatique. Cette cavité est fermée et ne communique en aucun point avec le tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle est elle-même comblée par un tissu conjonctif lâche très délicat.

L'espace sous-péritonéal, compris entre le péritoine et le feuillet prévésical, est limité latéralement par la rencontre de ces deux membranes; il se continue librement dans le bassin avec le tissu cellulaire du plancher pelvien, des ligaments larges, des fosses iliaques ; il entoure complètement la vessie d'une lame celluleuse plus ou moins mince.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations cliniques d'abcès dont la marche confirme cette description anatomique. C. WALTHER.

Ueber das Terpentinöl in der histologischen Technik (Emploi de l'essence de térébenthine dans la technique histologique), par M. C. DEKHUYZEN (*Centr. f. Physiol.*, *p.* 533, 1888).

L'essence de térébenthine acquiert, par son exposition à l'action directe des rayons du soleil, la propriété de décolorer et de faire disparaître les gouttelettes de graisse noircies par l'acide osmique. On remplacera donc l'essence de térébenthine par du xylol ou du chloroforme dans le traitement des préparations microscopiques noircies par l'acide osmique. LÉON FREDERICQ.

PHYSIOLOGIE.

Influence des excitations simples et épileptogènes du cerveau sur l'appareil circulatoire, par François FRANCK (*Compt. Rend Acad. des sciences*, 30 *juillet* 1888).

La pression artérielle tend toujours à s'élever dans les accès épileptiques, tant par l'effet mécanique des convulsions que par l'influence des troubles respiratoires; mais la cause principale de cette élévation tient au spasme énergique des vaisseaux par action vaso-constrictive d'origine centrale. Les excitations modérées, non épileptogènes du cerveau, produisent des modifications circulatoires simples, consistant non point, comme on l'a dit, en réactions irrégulières et inconstantes, mais en

réactions vaso-constrictives d'une part, et en réactions soit cardio-modératrices, soit cardio-accélératrices, suivant l'intensité des excitations et le degré de l'excitabilité cérébro-spinale. Les unes et les autres survivent à l'excitation et s'atténuent graduellement; elles ne se produisent que quand la zone dite motrice est intéressée dans l'excitation, ce qui n'implique nullement, déclare l'auteur, qu'on doive admettre des centres corticaux cardiaques modérateurs et accélérateurs, vaso-constricteurs ou autres; la surface corticale excitable se comporterait comme une surface sensible et jouerait le rôle de point de départ, non d'organe producteur des réactions circulatoires. M. DUVAL.

Phénomènes importants observés chez un chien après la section d'une moitié latérale du bulbe rachidien, par BROWN-SÉQUARD (*C. R. Soc. biologie*, 28 *avril* 1888).

1° Toutes les activités motrices, sensitives et sensorielles du cerveau peuvent être inhibées par une irritation du bulbe rachidien; en d'autres termes, la perte de connaissance peut avoir lieu par inhibition;

2° La faculté réflexe de la moelle épinière peut également être inhibée par une irritation bulbaire;

3° La perte de connaissance, si elle s'accompagne de diminution de l'excitabilité de la zone excito-motrice corticale, ne fait cependant pas disparaître cette excitabilité;

4° Malgré la perte de connaissance, la loi établie par Brown-Séquard, à savoir que la section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale détermine de l'inhibition des centres prétendus moteurs du côté opposé, et laisse persister la puissance de ces parties du côté correspondant, cette loi se vérifie presque complètement;

5° L'attaque d'épilepsie provenant d'une irritation de la dure-mère ou des prétendus centres moteurs d'un côté peut avoir lieu malgré la section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale;

6° Les mouvements respiratoires, bien que moins étendus du côté de la lésion bulbaire, se font encore assez fortement pour le diaphragme comme pour le thorax;

7° L'abaissement rapide de la température après la lésion bulbaire est causé par l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang. P. L.

Das Centrum des reflectorischen Lidschlusses (Le centre de l'occlusion réflexe des paupières), par R. NICKELL (*Archiv f. d. ges. Phys.*, *XLII*, *p.* 547).

Deux tentatives ont eu lieu déjà pour localiser le centre nerveux qui préside au mouvement réflexe de la paupière : elles sont dues à S. Exner et à H. Seck. Le premier a vu qu'en sectionnant la moelle épinière de plus en plus haut, il arrive un moment où l'excitation mécanique de la cornée ne provoque plus l'occlusion palpébrale ; c'est le moment où la section passe par la pointe du calamus scriptorius. Pour Seck, le phénomène cesse pour des sections moins hautes. Le réflexe palpébral serait conservé lorsque la section est faite au niveau de la 1e vertèbre. La racine montante du trijumeau ferait partie intégrante du cycle réflexe. R. Nickell institue des expériences qui consistent à pratiquer des hémisections transversales à différents niveaux pour essayer de

fixer les limites du centre réflexe. Il arrive ainsi à fixer la limite inférieure vers le milieu de la région de l'aile cendrée (*alæ cinereæ*) au milieu de la fosse rhomboïdale. D'après Mendel, les faisceaux orbiculaires du nerf facial, au lieu de provenir du noyau du facial, proviennent du noyau de l'oculo-moteur. Les expériences de Nickell l'amènent à placer la limite supérieure du centre réflexe dans le cerveau moyen, dans la région des tubercules quadrijumeaux. A. D.

Influence des lésions corticales sur la vue chez le chien, par LANNEGRACE (*C. R. Soc. biol.*, 27 *octobre* 1888).

La surface de l'écorce cérébrale, dont les lésions sont susceptibles d'engendrer des troubles visuels, est beaucoup plus étendue qu'on ne le croit. Ces troubles sont de deux ordres : les uns se rapportent à l'hémiopie homonyme, les autres à l'amblyopie croisée. A ces deux ordres de troubles correspondent deux zones différentes : la zone de l'hémiopie, très étendue, a son foyer principal dans le lobe occipital ; la zone de l'amblyopie, plus restreinte, est inscrite dans la partie antérieure de la précédente. L'amblyopie s'associe avec des troubles sensitifs et trophiques dans l'œil atteint.

Chez le singe, la zone visuelle paraît s'avancer jusque sur la zone motrice.

Le système nerveux préposé à la vision se décompose en deux appareils distincts : l'un, préposé aux perceptions visuelles, subit une semi-décussation au niveau du chiasma ; l'autre, chargé d'assurer la nutrition de la rétine, subit une décussation complète au niveau de la protubérance ; c'est l'appareil sensitivo-moteur oculaire.

L'hémiopie résulte de la lésion de l'appareil sensoriel au delà du chiasma. L'amblyopie est due à la lésion de l'appareil sensitif : elle siège du côté de la lésion, si celle-ci frappe la partie périphérique de l'appareil ; elle est croisée, si la lésion frappe la partie centrale de l'appareil après la décussation protubérantielle. PAUL LOYE.

Sur les centres vaso-dilatateurs de la moelle, par E. THAYER et J. PAL (*Wiener Med. Jahrb.*, *Heft* 3, 1888).

Les auteurs concluent de leurs expériences que les nerfs dépresseurs de la tension vasculaire quittent la moelle à la région lombaire, et se rendent aux viscères abdominaux. Leur centre se trouve dans la partie inférieure de la moelle. P. TISSIER.

I. — Mode de disparition de l'excitabilité motrice et sensitive dans le nerf sciatique de la grenouille à la suite de la ligature de la patte vers le milieu de la cuisse, le nerf sciatique étant laissé en dehors de la ligature, par KAUFMANN (*Soc. biol.*, 20 *octobre* 1888).

II. — Les nerfs moteurs perdent-ils leur excitabilité avant les muscles lorsqu'ils sont privés de circulation sanguine? par BROWN-SÉQUARD (*Ibidem*).

I. — La ligature placée sur la cuisse empêche la circulation dans l'extrémité de la patte, mais elle ne gêne absolument pas la circulation dans

le bout central du nerf, et cependant c'est ce bout central qui perd le premier son excitabilité motrice. Pourquoi le bout central irrigué par le sang perd-il plus vite ses propriétés excito-motrices que les extrémités périphériques anémiées par la ligature? C'est qu'il y a peut-être une action inhibitoire produite sur le bout central du nerf par l'excitation provoquée à la périphérie, soit par la ligature ou la section, soit par l'anémie.

II. — Quand un membre ne reçoit plus de sang, le tronc du nerf ne perd pas son excitabilité aussitôt qu'on le croit : s'il n'agit pas sous l'excitation galvanique, c'est que le passage du courant nerveux de ses terminaisons aux muscles a besoin, pour se faire, de la présence du sang oxygéné. P. L.

Ueber den Einfluss der Reizung von Gefässnerven auf die pulsatorisch Druckschwankung in der Kaninchen Carotis (Influence de l'excitation des nerfs vaso-moteurs sur les oscillations du pouls dans la carotide du lapin), par Karl HÜRTHLE (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, *XLIII*, *p.* 428).

L'auteur a fait construire, par le mécanicien E. Albrecht, de Tübingue, un manomètre particulier. Il s'est proposé d'étudier avec cet instrument l'influence que l'état des vaisseaux périphériques exerce sur le pouls carotidien. Il excitait pour cela, chez le lapin, le cordon cervical sympathique ou le nerf dépresseur. L'excitation du sympathique a pour résultat d'élever de plus en plus le second sommet de la courbe du pouls, de sorte que le premier sommet semble une simple inflexion sur le trajet ascendant. L'excitation du dépresseur donne une image contraire. Les modifications des vaisseaux périphériques entraînent donc un changement de la forme du pouls. Enfin, on doit remarquer que la courbe du pouls se redresse d'autant plus que la pression est plus faible. L'oscillation secondaire se produit plus près de la première lorsque la pression est forte que lorsqu'elle est faible. En admettant qu'elle se produise dans tous les cas au même moment après le début de l'onde primaire, elle occupera la partie ascendante ou descendante de la courbe du pouls suivant que celle-ci sera plus ou moins inclinée, et lui donnera le caractère anacrote ou catacrote. Fick et von Kries ont admis que la première des oscillations secondaires qui suit le sommet de la courbe était due à une onde positive réfléchie à la périphérie. DASTRE.

Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes bei vollständiger Inanition (Recherches sur la teneur du sang en hémoglobine pendant l'inanition absolue), par L. HERMANN (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, *XLIII*, *p.* 239).

L'auteur, avec son élève Groll, se propose de déterminer le quotient de coloration du sang, c'est-à-dire le rapport entre la quantité d'hémoglobine et la quantité de produits solides du sang desséché. La quantité d'hémoglobine est déterminée relativement, au moyen de l'hémomètre de V. Fleischl. L'expérience prouve que ce quotient augmente habituellement pendant l'inanition, c'est-à-dire que le rapport de l'hémoglobine aux parties solides est rompu en faveur de l'hémoglobine. L'hémoglo-

bine est donc moins détruite que les autres éléments du sang pendant l'inanition. DASTRE.

Recherches expérimentales sur les voies qu'empruntent les substances contenues dans l'eau de l'amnios pour retourner dans la circulation maternelle, par A. TŒRNGREN (*C. R. Soc. de biologie*, 9 *juin* 1888).

Ces expériences ont été faites sur des lapines pleines : Tœrngren injectait une solution d'iodure dans le liquide amniotique. Au bout de 45 minutes, il a pu déceler la présence de l'iode dans l'urine de la mère, dans les fœtus retirés des œufs injectés, dans leurs placentas, dans leurs membranes, dans les liquides amniotiques provenant des œufs dans lesquels on n'avait pas fait d'injection. L'iode ainsi décelé n'a pas passé par l'estomac du fœtus, mais par le placenta ou les membranes. P. L.

Hat das magnetique Feld directe physiologische Wirkungen? (Le champ magnétique peut-il exercer une influence physiologique directe ?) par L. HERMANN (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, *XLIII*, *p.* 217).

Après un exposé historique où ne sont point mentionnées les recherches des physiologistes français, l'auteur passe à ses expériences. Il constate que le champ magnétique n'exerce aucune influence sur l'irritabilité du muscle et du nerf, non plus que sur la marche de l'excitation ni de la contraction, ou sur la grandeur ou sur la loi d'addition des secousses; pas d'influence non plus sur la fatigue. L'auteur part de là pour contester les influences thérapeutiques attribuées par les médecins hypnotiseurs au champ magnétique. DASTRE.

Des phénomènes chimiques de la respiration dans le tétanos électrique, par HANRIOT et C. RICHET (*C. R. Soc. de biol.*, 28 *janvier* 1888).

1° Chez le chien, la ventilation est de 23 litres à l'état normal par heure et par kilogramme. Elle double quand l'animal est électrisé.

2° Le poids de CO^2 excrété par heure et par kilogramme est de 1,2 environ; l'électrisation le porte à 4,2.

3° La proportion de CO^2 dans l'air expiré est de 2, 6 à l'état normal : elle ne double pas tout à fait par l'électrisation, mais monte à 4,2.

4° Le rapport de l'acide carbonique à l'oxygène varie peu, mais tend à s'élever.

5° L'excédent des calories produites par l'excédent des combustions intramusculaires sert en grande partie à l'échauffement du corps de l'animal (50 à 75 °/₀). Le travail mécanique et l'excès du rayonnement absorbent le reste. PAUL LOYE.

Zur Lehre von der absoluten Muskelkraft (A propos de la force absolue du muscle), par F. A. FEURSTEIN (*Arch. f. die gesammte Phys.*, *XLIII*, *p.* 347).

L'auteur entend par force absolue du muscle le poids que cet organe ne peut pas soulever par sa contraction, et qui, d'autre part, ne peut l'allonger. C'est la définition de Ed. Weber. Elle dépend de la section du muscle, c'est-à-dire du nombre des fibres élémentaires. Lorsque l'on

veut comparer différents muscles, il faut connaître la force par unité de surface transversale. Celle-ci ordinairement est déterminée approximativement, en divisant le poids par la densité (1,058), ce qui donne le volume, et en divisant le volume par la longueur, ce qui donne la section. Mais cette détermination est tout à fait arbitraire et incorrecte. — Pour éprouver la force d'un muscle, l'auteur, sous la direction de Grützner, a construit un appareil spécial, qui permet de tendre le muscle par des poids différents, et de déterminer le poids limite qui ne peut plus être soulevé par une contraction simple ou par un tétanos. — Le poids limite représente la force absolue correspondant à la tension employée. On peut construire une courbe où les abcisses indiqueront les tensions et les ordonnées, les forces absolues. Ces courbes donnent des renseignements exacts sur les forces comparées des muscles chez différents animaux. DASTRE.

I. — Die Bestimmung der Entstehungstelle der Erregung im Muskel (Détermination du lieu d'origine de l'excitation dans le muscle soumis aux courants d'induction), par E. N. von REGÉCZY (*Arch. f. die gesammte Physiol., XLIII, p.* 533).

II. — Die scheinbare Latenzperiode der Erregung bei directer Muskelreizung (De la période latente apparente dans l'excitation directe du muscle), par E. N. REGÉCZY (*Ibidem, XLIII, p.* 584).

I. — La première et la seconde proposition de la loi des secousses de Pflüger ont été établies pour le nerf excité par un courant continu. Elles ont été étendues au muscle par Bezold également pour le courant continu. L'auteur établit qu'elles sont valables pour les courants d'induction. Avec les courants faibles de ce genre, l'excitation naît seulement à la cathode. Avec les courants forts, l'excitation est double ; elle se produit à l'anode et à la cathode. Lorsque l'excitabilité musculaire est considérable, les courants faibles se comportent comme des courants forts. Ces effets d'excitation cathodique ou anodique sont plus grands à l'ouverture qu'à la fermeture.

L'effet excitateur anodique du courant d'ouverture est plus fort que l'effet cathodique du courant de fermeture.

II. — *Helmholtz* a observé le premier un écart entre le moment où le muscle est excité et celui où il se contracte. C'est le temps perdu apparent où la période latente. On a vu que sa durée dépendait du poids tenseur, de l'intensité de l'excitation, de l'excitabilité, de la fatigue, de la variation de la température, de la direction du courant. Quant à la cause du phénomène, il a été fourni trois explications : d'abord celle d'Helmholtz, qui ne fait point de doute, et d'après laquelle l'énergie du muscle se développe successivement. Mais il y a d'autres facteurs : *Gad* (1879) a signalé l'extension produite dans les parties non encore contractées, par l'effort de traction de celles qui le sont déjà. *Tigersted* a fait intervenir la nécessité de la propagation de l'action à un très grand nombre d'éléments avant qu'aucun effet mécanique appréciable puisse se produire.

L'auteur vérifie l'hypothèse de Gad et contredit sur ce point les conclusions de *Mendelsohn* (1880). Si, en effet, c'est l'élasticité des parties

non contractées qui intervient, la période latente devra, d'après l'auteur, être diminuée lorsque l'excitation naîtra près du poids tenseur.

L'expérience vérifie cette induction. Mais comme l'excitation et la variation négative sont simultanées (leur différence est moindre que 1 millième de seconde), on pourrait supposer que la période latente tendrait à disparaître à mesure que le myogramme deviendrait plus abrupt. En excitant simultanément différents points du muscle, on observe en effet une abréviation considérable de cette période latente. En résumé, l'auteur tend à attribuer la période latente à l'allongement du début de la contraction. DASTRE.

I. — Experimentelle Kritik der im medicinischen Laboratorium zu Königsberg i Pr. von M. Laves unter Leitung von O. Minkowski ausgeführten, den Ursprung des Muskelglycogens betreffenden Arbeit (Critique expérimentale du travail de M. Laves concernant l'origine du glycogène musculaire), par C. SCHMELZ (*Zeitschr. f. Biologie, XXV, p.* 180, 1888).

II. — Ueber den Einfluss der Diät auf den Glycogensbestand von Muskel und Leber (Influence de l'abstinence sur la teneur en glycogène des muscles et du foie), par G. ALDEHOFF (*Ibidem, XXV, p.* 137, 1888).

III. — Ueber die das Muskelglycogen betreffenden Angaben von Weiss und Chandelon (Sur les affirmations de Weiss et de Chandelon concernant le glycogène des muscles), par E. MANCHÉ (*Ibidem, XXV, p.* 163, 1888).

I. — E. Külz a trouvé que la quantité de glycogène contenue dans les muscles de la grenouille augmente sous l'influence d'injections journalières sous-cutanées de sucre de raisin, même après extirpation du foie. Il semble donc que les muscles sont capables de fabriquer du glycogène en dehors de toute intervention du foie.

Cette conclusion a été récemment combattue par Laves. Laves extirpe le foie chez des oies et des poulets après leur avoir donné un repas riche en féculents (orge et avoine) ; il dose le glycogène dans un fragment de muscle pectoral immédiatement avant l'opération et répète le même dosage de glycogène quelques heures (1-13 heures) après l'extirpation du foie. Il trouve constamment moins de glycogène dans le second dosage. Il en conclut que le muscle pectoral est incapable en l'absence du foie de fabriquer du glycogène aux dépens des féculents de l'alimentation.

Schmelz a répété les expériences de Laves sur des poulets auxquels le foie n'avait pas été extirpé, c'est-à-dire qu'il a dosé le glycogène dans les muscles avant et après l'ingestion d'un repas riche en hydrocarbonés (orge, sucre de canne) ; il a trouvé que même 24-36 heures après le repas les muscles ne montrent pas encore une augmentation dans leur richesse en glycogène, quoique le foie ait été conservé. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'après extirpation du foie, Laves n'ait pas non plus trouvé une augmentation du glycogène musculaire, et les expériences de Laves ne peuvent servir à résoudre la question soulevée par E. Külz.

Schmelz termine son travail en établissant un parallèle entre les résultats des dosages de glycogène par pesée et par circumpolarisation. Il recommande le dosage par le polarimètre (procédé d'E. Külz) comme expéditif et suffisamment exact.

II. — Luchsinger avait affirmé que le glycogène disparaît beaucoup plus rapidement des muscles que du foie chez les animaux soumis à une abstinence prolongée, et que, dans beaucoup de cas, cette substance n'existe plus dans les muscles au bout de quelques jours de jeûne. Il en avait conclu que le glycogène ne doit pas être considéré comme un constituant indispensable de la fibre musculaire et comme la source de l'énergie musculaire.

Aldehoff a repris cette question sous la direction de R. Külz, en employant pour le dosage du glycogène la méthode de R. Külz et A. Cramer. Il trouve que chez la grenouille, le poulet, le pigeon, le lapin, le cheval et le chat, le glycogène diminue moins rapidement dans les muscles que dans le foie, sous l'influence de l'abstinence, et que, même après un jeûne prolongé, les muscles sont encore relativement riches en glycogène. Les muscles de deux chevaux qui avaient jeûné pendant neuf jours fournirent les chiffres de glycogène les plus élevés (2.43, 1.34, 1.28 et 0.98 0/0) qui aient jamais été signalés pour le tissu musculaire. Le cœur de ces deux chevaux contenait 0.82 et 58 0/0 de glycogène.

III. — Les résultats des dosages de glycogène exécutés par Manché au moyen de la méthode de Külz confirment en général les affirmations de Weiss et de Chandelon : diminution du glycogène musculaire par tétanisation des muscles ou par ligature des artères nourricières, augmentation du glycogène par section des nerfs moteurs. LÉON FREDERICQ.

Zeitmessende Versuche über den Temperatur-und Drucksinn (Recherches chronométriques sur le sens de la température et sur le sens de la pression), par VINTSCHGAU et STEINACH (*Arch. f. die gesammte Phys., XLIII, p.* 152).

Les auteurs se sont proposés de déterminer avec précision les temps de réaction relatifs aux sensations tactiles et thermiques. Pour les sensations tactiles, ils trouvent les valeurs suivantes : milieu du front 0,107; joue droite, 0,128; carpe, 0,111 à 0,128. Les durées de réaction peuvent être très différentes pour des points voisins. Pour ce qui concerne les sensations thermiques, on remarque que le temps de réaction est très court dans les régions très impressionnables (joues) et très long dans les régions peu sensibles (articulation métacarpienne). Une différence de 2 à 4 degrés ne modifie point sa durée. Des applications de froid répétées et courtes émoussent le sens thermique et allongent le temps de réaction. Les excitations thermiques répétées, capables d'élever la température de la joue, n'émoussent ni n'exaltent le sens thermique et ne modifient point le temps de réaction. Les temps de réaction, pour le froid et le chaud, sont plus longs pour la main que pour le visage. La moitié droite du visage serait plus impressionnable que la moitié gauche. Les temps de réaction sont plus longs pour la température que pour la pression et pour le chaud que pour le froid. DASTRE

Ueber die Temperatur der menschlichen Haut (Sur la température de la peau humaine), par A. J. KUNKEL (*Zeitschr. f. Biol., XXV, p.* 55).

Kunkel a fait, au moyen d'un appareil thermo-électrique, un grand nombre de mesures de la température de la surface de la peau humaine.

Il a constaté qu'il existe pour la peau une température optimum dont elle tend à se rapprocher. Cet optimum est compris entre 33°,8 et 34°,8, ou probablement plutôt entre 34° et 34°,6 C. En général, la température cutanée ne descend pas au-dessous de 32° et ne dépasse pas 35°. — 34° représentent donc la température normale de la peau ; c'est également, d'après Liebermeister, la température d'un bain dont l'eau ne nous paraît ni froide ni chaude, mais d'une température indifférente.

LÉON FREDERICQ.

Contribution à l'étude de la faculté d'absorption de la peau, par L. KOPF (*Przeglad Lekarski*, *nos* 44 *et* 45, 1887, *et Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, *Heft* 3, 1888).

Kopf a étudié expérimentalement la question du pouvoir d'absorption de la peau ; il s'est servi pour cela de l'iodure de potassium. Après avoir dégraissé la peau par des bains alcalins, il a soumis des malades à des bains prolongés d'iodure de potassium et a recherché ensuite l'iode dans les urines. Il a trouvé ainsi que la peau saine absorbe incontestablement et fait pénétrer dans la circulation générale de l'iodure de potassium contenu dans une solution à 2 0/0. Les avis divergents des auteurs tiennent à des procédés imparfaits de recherche de l'iode dans l'urine. L'auteur croit qu'une partie seulement de l'iode absorbée est éliminée par les urines; une autre partie subit des transformations et des combinaisons qui font qu'elle échappe aux méthodes ordinaires de recherche de l'iode dans l'urine.

REBLAUB.

I. — Modifications de la tension électrique dans le corps humain, par Ch. FÉRÉ (*C. R. Soc. biologie*, 14 *janvier* 1888).

II. — Production d'électricité chez l'homme, par D'ARSONVAL (*Ibid.*, 11 *février*).

III. — L'électricité du corps humain, par R. VIGOUROUX (*Ibid.*, 11 *février* 1888).

I. — Féré cite l'observation d'une femme névropathique, dont les doigts attirent les corps légers et dont les cheveux donnent des étincelles au contact du peigne. La tension électrique et l'intensité des décharges augmentent sous l'influence des émotions morales : les temps secs favorisent ces phénomènes, lesquels sont également plus marqués du côté où existent les troubles sensoriels. Le fils de cette femme présente, lui aussi, depuis quelques mois, des phénomènes électriques.

II. — A propos de la communication de Féré, d'Arsonval fait remarquer : 1° que l'électricité à haut potentiel, constatée chez la personne en question, est d'origine extérieure au sujet et nullement de cause organique ; — 2° que la source d'électricité est entièrement dans la sécheresse de la peau et le frottement des vêtements ; — 3° que les variations de potentiel sous l'influence d'une excitation sensorielle peuvent s'expliquer sans invoquer une production d'électricité, mais par un simple changement dans la répartition du fluide, changement dû uniquement aux modifications de la sécrétion cutanée.

III. — Toutes les expériences faites pour démontrer l'existence de l'électricité à l'état de charge à la surface du corps, en dehors des causes extérieures qui peuvent la produire accidentellement, ont eu un résultat

négatif. Le corps de l'homme, au point de vue de l'électricité statique, ne diffère pas des autres corps conducteurs qui se trouvent à la surface du sol. P. L.

Ueber die Ursache der scheinbaren Abhängigkeit des Umsatzes von der grösse der Körperoberfläche (Sur la cause de la relation apparente entre l'intensité des échanges nutritifs et l'étendue de la surface du corps), par H. v. HOESSLIN (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Phys. Abth., p.* 323, 1888).

A égalité de poids et de conditions physiques extérieures les petits animaux présentent une activité nutritive bien plus intense que les animaux de grande taille (production de chaleur, consommation d'oxygène, exhalation de CO^2, etc.). On admet généralement que cela provient de ce que les petits animaux ont à égalité de poids une surface cutanée plus grande que les animaux de grande taille. Les pertes de chaleur étant, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelles à l'étendue de la surface cutanée, il faut bien que la production de la chaleur obéisse à la même proportionnalité. En effet si l'on rapporte à l'unité de surface cutanée et non à l'unité de poids, les quantités de chaleur produite, d'oxygène consommé, etc., on arrive pour les différents animaux, quelle que soit leur taille à des chiffres très voisins les uns des autres.

L'auteur cherche à montrer par des considérations théoriques appuyées principalement sur les résultats classiques des expériences de mesure des combustions interstitielles que ce n'est pas l'étendue de la surface cutanée, ni l'importance du refroidissement extérieur qui règle l'intensité de ces combustions. Le rapport n'est qu'apparent. Ces combustions dépendent de la quantité de sang (ou d'oxygène) qui traverse dans l'unité de temps l'unité de masse du corps. Si la masse du sang est proportionnelle à la masse du corps chez les mammifères, il n'en est plus de même de la durée du parcours du cycle entier de la circulation, de la vitesse de la circulation. Cette vitesse est en raison inverse du poids de l'animal. La même relation numérique existe donc entre la vitesse de la circulation et l'énergie des combustions interstitielles qu'entre cette dernière et l'étendue de la surface cutanée chez les animaux de taille différente. La première relation seule présente de l'importance. Nous ne pouvons qu'indiquer ici le sens de la conclusion générale de cet intéressant mémoire qui est avant tout un travail d'érudition et de raisonnement théorique. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Gaswechsel durch die Lunge (Échanges gazeux du poumon), par Christian BOHR (*Centralblatt f. Physiologie, p.* 437, 1888).

On admet en général que la tension de l'oxygène est plus forte dans l'air des alvéoles pulmonaires et celle de CO^2 plus faible que dans le sang qui traverse le poumon. Les échanges gazeux, absortion d'oxygène et exhalation de CO^2, qui se font entre l'air des alvéoles et le sang des capillaires pulmonaires s'expliquent alors tout naturellement, par simple diffusion. Chacun des gaz, O, CO^2, chemine du fluide où sa tension est forte vers le fluide où sa tension est basse.

C. Bohr combat cette manière de voir en citant les résultats de ses expériences faites sur le chien, expériences où, dans la plupart des cas, la tension de l'oxygène a dépassé dans le sang artériel celle de l'air de

l'expiration et où pareillement la tension de CO^2 a été trouvée plus forte dans l'air de l'expiration que dans le sang artériel. Le tableau suivant contient les chiffres de tension de CO^2 et O en centièmes d'atmosphère et en millimètres de mercure dans trois des expériences.

NUMÉRO D'ORDRE	POIDS du CHIEN	CO^2		O		TEMPÉRATURE RECTALE	
		SANG	AIR EXPIRÉ	SANG	AIR EXPIRÉ		
1	31.5	0 0/0 0mm	1.07 0/0 7.7mm	19.84 0/0 142.1mm	19.06 0/0 136.0mm	38°,6	Injection de peptone.
2	13.5	1.54 0/0 10.9mm	2.71 0/0 19.3mm	»	17.30 0/0	37°,3	Injection d'infusion de sangsue.
3	28.6	2.47 0/0 18.1mm	2.65 0/0 13.3mm	19.98 0/0 145.8mm	17.14 0/0 124.7mm	38°,h	Injection d'infusion de sangsue.

C. Bohr admet donc que les lois de la diffusion ne suffisent pas à expliquer les échanges gazeux qui se passent au niveau du poumon. Il faut faire intervenir une action spécifique, secrétoire du tissu pulmonaire. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Kost eines Vegetarien's (Sur la ration alimentaire d'un végétarien), par Carl VOIT (*Zeitschr. f. Biologie, XXV, p* 232, 1888).

Carl Voit a eu l'occasion de faire analyser les *ingesta* (pain, fruits et huile, plus une petite quantité d'eau) et les *excreta* liquides et solides d'un végétarien. Le tableau suivant résume la composition de la ration alimentaire du végétarien, comparée à celle d'un ouvrier soumis à une alimentation mixte et à celle d'un Japonais soumis à une alimentation végétale.

POIDS DU CORPS	ALIMENTS			ÉQUIVALENT EN FÉCULE de la graisse et des hydrocarbonés	ÉQUIVALENT EN FÉCULE de l'albumine, de la graisse et des hydrocarbonés	RAPPORT de L'ALBUMINE aux hydrocarbonés
	ALBUMINE	GRAISSE	HYDROCARBONÉS			
Japonais 55.....	102	17	578	616	728	1.61
Soit 0/0.....	185	31	1051	1120	1323	1.61
Travailleur 70.....	118	56	500	623	753	1.5.3
Soit 0/0.....	169	80	714	891	1077	1.5.3
Végétarien 57.....	54	22	557	606	665	1.11.2
Soit 0/0.....	95	33	977	1063	1167	1.11.5

Le bilan journalier de l'azote du végétarien peut se résumer par les chiffres suivants :

Azote de l'alimentation.....	8,4
Azote des excreta (excréments 3,5 ; urine 5,33.	8,8
d'où un léger déficit journalier de.....	0,4
d'azote, correspondant à 2 gr. 5 d'albumine.	

L'auteur entre dans des développements extrêmement intéressants sur la composition rationnelle de l'alimentation ; il condamne la composition de la ration alimentaire des végétariens. Les adeptes du végétarisme pur abusent des féculents : il leur serait facile de trouver des aliments d'origine végétale riches en albumine (pois, fèves etc.) qui leur permettraient de réduire l'énorme masse d'hydrocarbonés qu'ils absorbent journellement. LÉON FREDERICQ

Tritt beim Kaltblüter nach der Ausschaltung der Leber im Harn Fleischmichsäure auf (L'extirpation du foie provoque-t-elle l'apparition de l'acide sarcolactique dans les urines des animaux à sang froid), par Eberhard NEBELTHAU (*Zeits. f. Biologie, XXV, p.* 123, 1888).

Minkowski (1885), a montré que l'acide urique disparaît dans l'urine de l'oie après extirpation du foie et que l'acide urique est alors remplacé par de l'ammoniaque et de l'acide lactique optiquement actif. Marcuse (1886) avait également trouvé chez la grenouille de l'acide lactique dans les urines, après extirpation du foie. Marcuse n'avait pas préparé l'acide lactique en substance ; il avait conclu à sa présence dans l'urine, sur la foi de la coloration jaune produite par l'addition du chlorure ferrique (réaction d'Uffelmann).

Nebelthau a cru devoir reprendre à nouveau la question en ce qui concerne les suites de l'extirpation du foie chez la grenouille.

600 grenouilles silésiennes fournirent dans l'espace de 9 semaines 10 litres 1/2 d'urine normale, légèrement acide ou neutre, d'une densité (maximum) de 1,0015, contenant 0,1062 0/0 de matériaux solides, 0,0054 0/0 d'ammoniaque, des chlorures, sulfates et phosphates, de l'urée, mais pas d'acide urique ni d'acide lactique.

431 de ces grenouilles subirent l'extirpation du foie et fournirent, pendant les quelques jours qui suivirent l'opération (la mort survenant du 3e au 7e jour), 2,690 centimètres cubes d'urine. Cette urine est plus dense (1,0025), plus concentrée (0,140 0/0 de matériaux solides), moins acide et plus riche en ammoniaque (0,0122 0/0 d'ammoniaque) que l'urine des animaux intacts. Elle ne contient pas traces d'acide lactique et ne paraît pas non plus contenir d'urée.

265 grenouilles de Hongrie fournirent, après extirpation du foie, 7,800 centimètres cubes d'urine d'une densité maximum de 1.002, fournissant 0 gr., 2809 de résidu solide pour 100 centimètres cubes d'urine et contenant 0,0154 0/0 d'ammoniaque. L'extrait éthéré de cette urine fournit une petite quantité 0,1279 d'un sel de zinc lévogyre, qui peut-être appartenait à l'acide paralactique. La quantité de sel était trop faible pour permettre une identification certaine. LÉON FREDERICQ.

Sur l'innervation du foie, par J. PAL (*Wiener med. Jahrb., Heft* 3, 1888).

De ses expériences sur les chiens, l'auteur conclut que le splanchnique exerce une influence directe sur le foie, c'est-à-dire qu'il existe dans ce nerf des filets destinés au foie. Sans se prononcer absolument, l'auteur admet qu'il s'agit de nerfs glandulaires, plutôt que de nerfs vasculaires. Il cite à ce propos les expériences de Stricker et de Spina; l'observation faite déjà par Bidder et Schmidt en 1857, de l'augmentation de volume des cellules du foie pendant la digestion, et la démonstration récemment donnée par Ellenberger et Baum, de la tuméfaction des cellules du foie sous l'action des substances qui excitent la sécrétion biliaire. P. TISSIER.

Beiträge zur Histologie und Physiologie der Dünndarmschleimhaut (Contributions à l'histologie et à la physiologie de la muqueuse intestinale), par R. HEIDENHAIN (*Arch. f. die gesammte Phys., Supplement Heft, XLII*).

Ce mémoire considérable résume un très grand nombre de recherches du physiologiste de Breslau. Nous ne pouvons que signaler les sujets examinés, la place manquant pour une analyse suffisante.

Dans une première partie, Heidenhain étudie la structure des villosités intestinales : stroma, couche épithéliale, cellules résorbantes; leurs variétés à l'état frais, bordure basilaire, organes en bâtonnets, extrémité libre, protoplasma cellulaire; noyau. Comparaison entre l'épithélium des villosités et celui des glandes de Lieberkühn. Corps de la villosité : canal central du chyle ; muscles et tissu conjonctif; couche limitante sous-épithéliale ; cellules parenchymateuses; espaces péricellulaires. Voilà l'énumération des points étudiés par l'auteur. Dans la partie physiologique est examinée la question de quelques processus de résorption. Des expériences d'absorption de solution bleu méthyle prouvent que le liquide chemine non passeulement entre les cellules épithéliales mais à l'intérieur de celles-ci et par conséquent que le processus n'est pas un processus d'imbibition ou d'osmose, mais de vitalité cellulaire ou protoplasmique.

Heidenhain a cherché ensuite où passait l'eau injectée dans l'intestin; la plus grande partie entre dans le sang : il en passe par cette voie de 8 à 12 fois plus que par la voie lymphatique. Ce fait est d'accord avec l'observation que la quantité de lymphe n'augmente pas beaucoup pendant la digestion. La puissance absorbante de l'intestin s'est montrée, dans les recherches de l'auteur, égale au maximum à 8 centimètres cubes par centimètre carré. Un calcul assez simple montre qu'il faut cinq minutes à l'eau pour traverser la couche épithéliale. La cause de ce mouvement est dans l'activité vitale des cellules. Quant à la pénétration dans les canaux lymphatiques, elle est surtout provoquée par le système musculaire de la villosité qui peut en accroître ou en diminuer le volume.

En ce qui concerne les matériaux solides, on peut remarquer que l'épithélium intestinal s'oppose à la pénétration de quelques substances solubles, qu'il permet celle de diverses autres dans des proportions tout à fait contraires aux lois de la diffusion, et enfin qu'il laisse passer des substances insolubles comme les graisses. Le sucre absorbé, les substances solubles passent dans les vaisseaux sanguins de préférence

aux chylifères ; la raison en est dans le fait que la majeure partie de l'eau suit déjà la première voie. Les peptones, après leur résorption par la muqueuse intestinale, subissent une régression vers l'état d'albuminoïdes. L'auteur examine les changements morphologiques des villosités pendant leur période d'activité résorbante. Quant à l'absorption des graisses, la question est discutée et éclairée par de très nombreuses expériences ; les leucocytes ne peuvent jouer qu'un rôle insignifiant dans cette absorption ; la graisse traverse bien les cellules épithéliales de l'intestin ; la bile favorise cette absorption, non seulement par ses propriétés émulsionnantes, mais en exerçant une action spéciale sur les cellules mêmes. Les particules graisseuses cheminent ensuite dans les espaces péricellulaires. Le sang carotidien contenant plus de graisse que le sang porte, on ne peut affirmer que l'absorption se fasse par ce dernier système. DASTRE.

I. — Influence inhibitoire de l'excitation de la rétine sur la contraction des muscles de l'œil, par A. CHARPENTIER.

II. — Perception des lumières instantanées de différentes surfaces, par LE MÊME (*C. R. Soc. de biologie*, 7 *juillet* 1888).

I. — 1° Les muscles d'un œil se contractent bien plus énergiquement quand les muscles synergiques de l'autre œil agissent simultanément que lorsque le second œil ne prend pas part au mouvement ; 2° l'action inhibitoire de l'excitation lumineuse de la rétine ne porte pas sur le muscle lui-même, mais bien sur le mécanisme nerveux qui le commande.

II. — D'après l'ensemble de ses recherches sur la perception des lumières instantanées, Charpentier conclut que la diffusion de l'impression sur la rétine est d'autant plus marquée que la durée de l'excitation est plus considérable. P. L.

I. — Toxicité de l'air expiré, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*C. R. Soc. biol.*, 28 *janvier* 1888).

II. — Toxicité des produits de condensation pulmonaire, par A. DASTRE et P. LOYE (*Ibidem*, 28 *janvier* 1888).

III. — Recherches sur la toxicité de l'air expiré, par A. DASTRE et P. LOYE (*Ibidem*, 28 *janvier* 1888).

IV. — Remarques sur la valeur des faits qui ont servi à démontrer la toxicité de l'air expiré, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*Ibidem*, 28 *janvier* 1888).

V. — Ressemblances entre l'action toxique de certaines ptomaïnes et celle du poison pulmonaire, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*Ibidem*, 4 *février* 1888.)

VI. — Durée de la survie des lapins après l'injection sous-cutanée du liquide contenant le poison de l'air expiré, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*Ibidem*, 11 *février* 1888).

I. — 1° Le liquide de condensation pulmonaire peut tuer le pigeon et le cobaye aussi bien que le lapin ;

2° Ce liquide peut tuer après avoir été injecté dans le rectum ou dans l'estomac comme après son injection sous la peau ou dans le sang ;

3° Un cobaye de deux mois est mort en moins de douze heures après l'injection de 3 centimètres cubes de ce liquide dans la cavité péritonéale;

4° Injecté dans les poumons, ce liquide détermine une congestion considérable rapidement suivie d'une véritable inflammation qui, faute de temps, ne va pas au delà de l'hépatisation rouge.

II et III. — Il s'agit de savoir si l'air qui sort des poumons d'un animal est capable de nuire à un autre, s'il contient en quantité suffisante une substance toxique. Les auteurs ont abordé la question de deux façons : 1° en faisant respirer directement à un animal l'air qui sort des poumons d'un autre animal; 2° en condensant les produits de la respiration et en les introduisant non plus par la voie pulmonaire, mais directement dans le sang.

En ce qui concerne le premier procédé, la quantité d'air expirée pendant six heures et demie par un chien dans les poumons d'un autre chien n'a point produit chez ce dernier d'accidents appréciables, ni immédiats, ni consécutifs.

Quant au second procédé, l'injection dans les vaisseaux des chiens, du liquide de condensation pulmonaire (53 cc., 30 cc.) n'a produit non plus aucun trouble. Chez le lapin, dans la majorité des cas, l'injection intravasculaire de ce liquide n'a provoqué également ni accidents immédiats, ni accidents consécutifs, bien que les quantités injectées aient été parfois très élevées. Dans un cas l'animal mourut après avoir reçu l'énorme quantité de 190 centimètres cubes de ce liquide dans le système veineux; mais l'autopsie montra que l'issue de l'expérience pouvait être attribuée à la seule intervention de la masse d'eau introduite dans le sang. En résumé, les recherches de Dastre et Loye indiquent que la substance toxique pulmonaire, si elle existe, ou bien n'est pas constante, ou bien se trouve en proportions insuffisantes pour produire des accidents.

IV et V. — B.-Séquard et d'Arsonval répondent à M. Dastre : 1° que ce n'est pas l'eau qui tue les animaux dans leurs expériences; 2° que les accidents mortels ne sont pas dus aux impuretés de l'air du laboratoire car le liquide pulmonaire bouilli est encore actif; 3° que les émanations des voies digestives ne sont non plus pour rien dans ces accidents.

Ils signalent la conformité des effets physiologiques du poison pulmonaire qu'ils ont décrit et de certaines ptomaïnes telles que la névrine putréfactive de Brieger.

VI. — 1° Le liquide frais des poumons de l'homme est plus rapidement mortel que celui du chien.

2° La quantité de liquide injecté a une très grande influence sur la durée de la survie. P. L.

Bemerkungen über die Innervation des Musculus cricothyroïdeus (Remarques sur l'innervation du muscle crico-thyroïdien), par Sigm. EXNER (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, *XLIII*, *p.* 22).

Tous les auteurs, et récemment Simanowski est revenu sur le fait, admettent que le muscle crico-thyroïdien tire son innervation principalement du laryngé supérieur, par sa branche externe. Exner ajoute quelque chose à cette notion. L'anatomie montre des anastomoses entre le rameau externe du laryngé supérieur et le rameau pharyngien du vague, par l'intermédiaire du plexus pharyngien. Une branche de ce plexus, émanée ainsi du rameau pharyngien, va se rendre au muscle

crico-thyroïdien, et suffit, abstraction faite du laryngé supérieur, à provoquer la contraction du muscle. DASTRE.

Die Bestimmung der Geruchschärfe (Détermination de la finesse de l'odorat), par H. ZWAARDEMAKER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 47, *p.* 950, 19 *novembre* 1888).

Quand avant d'aspirer l'air par les narines on le fait passer par un tube contenant une substance odorante, on perçoit, si l'organe olfactif est normal, une odeur dont l'intensité dépend de la nature de la substance et, toutes choses égales d'ailleurs, de la longueur du tube. En ayant soin de choisir pour les expériences toujours la même substance odorante, on peut à volonté produire des odeurs plus ou moins fortes, par des allongements et des raccourcissements du tube, ce qui permet d'apprécier le degré de finesse de l'odorat.

C'est sur ce principe que Zwaardemaker a construit son olfactomètre.

Zwaardemaker garnit son cylindre soit de caoutchouc vulcanisé, s'il s'agit d'apprécier un odorat normal ou peu lésé, soit d'un mélange à parties égales d'ammoniaque et de gutta-percha, s'il s'agit d'une anosmie plus ou moins marquée. Ces deux substances odorantes sont pleinement suffisantes pour les usages cliniques.

Pour évaluer, au moyen de l'olfactomètre, l'acuité d'odorat d'un malade, il faut se livrer aux deux opérations suivantes : 1° déterminer la plus petite longueur du cylindre qui provoque encore une perception olfactive; 2° déterminer sur un odorat sain la longueur de cylindre correspondante, pour le même instrument et pour une même température ambiante. Une simple division donne alors le résultat désiré, l'acuité olfactive. J. B.

Ueber die Wachsthumsverhältnisse des Körpers und der Organen (Sur les relations entre la croissance du corps et des organes, par C. OPENHEIMER (*Zeitschr. f. Biologie, XXV, p.* 328, 1888).

L'auteur a eu à sa disposition les chiffres des pesées des différents organes de 943 cadavres (âgés de 0 à 25 ans) autopsiés à l'institut pathologique de Munich de 1882 à 1887. Il a groupé ces chiffres pour chaque organe, par âge et par sexe et il publie des tableaux et des graphiques qui résument les valeurs trouvées par lui. La bibliographie de la question est traitée avec soin.

Nous transcrivons à titre d'exemple, le petit tableau suivant qui indique pour chaque sexe quel est, à l'âge de 25 ans, le poids des principaux organes. L'unité de poids est pour chaque organe le poids que l'organe avait au moment de la naissance. LÉON FREDERICQ.

	HOMME	FEMME
Poids du corps	19.91	17.4
Longueur du corps	3.3	2.9
Cerveau	3.66	3.2
Poumon gauche	21.0	19.2
— droit	15 26	16.1
Cœur	13.05	11.1
Foie	11.9	10.2
Reins	13.9	12.5
Rate	14.8	16.1

Untersuchungen über die Todtenstarre (Recherches sur la rigidité cadavérique), par M. BIERFREUND (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, *XLIII*, *p.* 195).

Nysten (1811) a établi cette loi que la rigidité cadavérique se montrait dans un ordre parfaitement déterminé pour les diverses parties du corps. Eiselsberg a vu récemment que chez le lapin la rigidité survenait plus tôt pour les articulations du coude et du genou que pour celle de l'épaule et de la hanche. Ces faits peuvent-ils être rapportés à l'action du système nerveux? Nysten a déclaré que l'ablation du cerveau et de la moelle n'avait pas d'influence sur l'ordre d'apparition de la rigidité; Busch a annoncé que ces opérations hâtaient, renforçaient et prolongeaient le phénomène; H. Munk (1860) prétend que le phénomène apparaît d'autant plus vite que le muscle est en rapport avec un nerf plus long, ce qui a été contesté par Bleuler et Lehmann (1880). La section du nerf aussitôt après la mort retarderait la rigidité d'après Eiselsberg, Gendre et Aust, et contrairement à l'opinion de Tamassia (1882). C'est aussi le résultat auquel arrive l'auteur. En pratiquant des hémisections de la moelle, il s'est assuré, de plus, que le système nerveux exerce une influence accélératrice sur la rigidité cadavérique, et que sa destruction en diminue l'intensité. L'espèce du muscle a aussi de l'influence : les muscles rouges sont atteints plus tardivement que les blancs, la période d'établissement de la rigidité y est plus longue, le raccourcissement plus considérable; la cessation à partir du maximum se produit dans le même délai. L'amplitude de la courbe de tétanos pour le muscle rouge est aussi plus considérable que pour le muscle blanc chargé du même poids, ainsi que l'a vu Grützner (1886) : ils produisent moins d'acide lactique que le muscle blanc à contraction rapide. Ces rapports intimes, entre les particularités de la contraction et celles de la rigidité, montrent que la loi de Nysten s'explique par les variétés individuelles des muscles et non par l'action, pourtant indubitable, du système nerveux. Si les membres postérieurs deviennent rigides plus tôt que les antérieurs chez le lapin, c'est que les muscles blancs y prédominent. L'auteur explique par des raisons analogues les faits signalés par Brown-Séquard relativement à l'influence des mouvements passifs pour empêcher la rigidité. L'abaissement de la température ralentit le développement de la rigidité : la chaleur l'accélère considérablement. Les injections de chloroforme et d'éther produisent une rigidité presque immédiate, si on les introduit dans les artères avant l'apparition de la rigidité spontanée (Kussmaul). Le curare produit un ralentissement. L'auteur étudie enfin l'influence des excitations faibles des nerfs et les relations entre la putréfaction et la rigidité. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Untersuchungen über den Pepsin-fermentgehalt des normalen und pathologischen Harnes (Recherches sur la teneur des urines normales et pathologiques en ferment peptique, par E. STADELMANN (*Zeitschr. f. Biologie*, *XXV*, *p.* 208, 1888).

Brücke et plusieurs autres physiologistes ont trouvé dans les urines, dans le suc musculaire, dans le sang et dans un grand nombre de tissus et de liquides de l'organisme des carnivores, un ferment qui dissout la fibrine en solution acide. Ce ferment est-il identique à la pepsine de l'estomac, c'est-à-dire transforme-t-il la fibrine ou l'albumine en syntonine, puis en protalbumoses, en deutéroalbumoses (propeptones) et finalement en peptone proprement dite ?

Quelques expériences de Neumeister parlent en faveur de l'identification de ce ferment si répandu dans l'organisme avec la pepsine du suc gastrique. Ce ferment fait défaut dans l'urine et dans le sang des herbivores ; aussi les protalbumoses et les deutéroalbumoses qu'on injecte dans le sang des herbivores passent comme telles dans leurs urines sans subir de modifications ultérieures. Chez les carnivores, au contraire, dont l'urine présente le ferment en question, on constate que l'injection de protalbumose dans le sang fait apparaître la deutéroalbumose dans les urines, et qu'après l'injection de cette dernière, l'urine contient de la peptone proprement dite.

Stadelmann est parvenu également à transformer avec le ferment extrait des urines humaines la fibrine en syntonine, puis en albumose, et finalement en peptone. De même que pour la pepsine de l'estomac, la transformation complète en deutéroalbumose et peptone proprement dite ne s'effectue qu'en présence d'une quantité assez notable de ferment. Une proportion trop minime de ferment se borne à dissoudre la fibrine et à la transformer en syntonine et en traces de protalbumose. L'acide chlorhydrique dilué (0,25 0/0) est également capable de dissoudre à la longue la fibrine et de la transformer en syntonine et même en traces de protalbumose.

Stadelmann étudie également l'influence nuisible que les solutions salines trop concentrées exercent sur la digestion peptique. Il montre que la proportion élevée de sels que contient l'urine empêche la digestion peptique de se développer dans ce liquide. Pour que l'urine acide dissolve la fibrine, il faut la diluer avec deux ou trois fois son volume d'eau.

Enfin l'auteur fait des études comparatives sur la richesse de l'urine en pepsine dans un certain nombre d'états pathologiques. Pas plus que ses devanciers Léo et Schnapauff, il n'est arrivé à des conclusions permettant d'utiliser le dosage de la pepsine des urines au point de vue du diagnostic. Il a rencontré une grande richesse en pepsine dans les urines

de plusieurs malades présentant un état fébrile grave, alors que les mêmes malades présentaient des urines pauvres en pepsine pendant leur convalescence. LÉON FREDERICQ.

Nouvelles recherches sur la toxicité des urines albumineuses, par J. TEISSIER et G. ROQUE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 23 *juillet* 1888).

La recherche de la toxicité des urines s'est révélée comme un signe de première valeur pour le pronostic d'une albuminurie, le seul même qui puisse renseigner sur l'évolution future du mal; cette toxicité varie inversement avec les aggravations ou les améliorations de la maladie ; mais, avant de porter un jugement définitif, le degré de toxicité d'une urine doit être éprouvé à différentes reprises, car parfois il peut varier brusquement à quelques jours d'intervalle. Malgré l'examen attentif des chiffres fournis par l'analyse chimique, il n'a pas paru qu'un caractère saillant de la composition chimique correspondît au degré de toxicité de l'urine, tant pour ce qui est de la proportion des sels ou de l'azote, que pour la quantité d'ammoniaque. Mais certaines urines albumineuses semblent tenir leur toxicité de la quantité d'albumine qu'elles contiennent, leur toxicité variant proportionnellement à leur teneur en albumine. M. D.

Ueber die Bildung von flüchtigen Fettsäuren bei der ammoniakalischen Harngährung (Production d'acides gras volatiles dans la fermentation ammoniacale des urines, par G. SALKOWSKI (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n°* 38 1888).

Dans des urines récemment émises , Salkowski a trouvé dans 300 grammes d'urine une quantité d'acide gras capable de saturer 2,1 centimètres cubes de la solution normale de soude au quart. Au bout de 2 à 6 jours, il y en avait une quantité capable de saturer 12 centimètres cubes. Il se développe donc des acides gras volatiles dans les urines en fermentation ammoniacale. Ces acides gras se formeraient aux dépens des carbures d'hydrogène de l'urine. A. M.

Essai d'urologie clinique de la variole, par A. ROBIN (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 *septembre* 1888).

Des recherches personnelles de l'auteur, il résulte que pendant la période d'invasion de la variole l'azoturie est très fréquente, et que par conséquent elle peut servir d'aide au diagnostic, quand celui-ci est encore incertain. La quantité d'urée contenue dans l'urine est d'autant plus élevée que la maladie est plus franchement inflammatoire. La densité de ce liquide est ordinairement plus élevée, et sa quantité quotidienne généralement moindre.

Pendant la période d'état l'urée conserve encore son chiffre élevé (28 à 42 grammes) pour venir à son état normal à la fin de la convalescence.

Les chlorures, après avoir diminué, reparaissent au moment de la suppuration et s'élèvent à 8, 10 et 15 grammes à la dernière période.

L'acide phosphorique, de même que l'acide urique, augmentent d'abord de quantité, puis diminuent ensuite pour reprendre lentement leur terme normal.

Quant aux sédiments, ils sont variables suivant les sujets. L'albuminurie est assez fréquente durant le cours de la maladie, en rapport avec son intensité et le mauvais état général du malade. Elle est la preuve d'une néphrite qui peut n'être que transitoire ou devenir insterstitielle vraie et fixe. OZENNE.

Zur klinischen Würdigung und Genese der Schwefelwasserstoffausscheidung im Urin (Elimination de l'hydrogène sulfuré par l'urine), par ROSENHEIM et GUTZMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 181, 1888).

Quelles sont les causes de la présence de l'hydrogène sulfuré dans l'urine, de l'hydrothionurie ? Betz l'attribue soit à la décomposition intravésicale du pus, du sang, des corps albuminoïdes, soit à la résorption par l'intestin et au passage dans le sang de l'acide sulfhydrique, soit au passage de ce gaz à travers les parois de l'intestin et de la vessie.

Voici trois cas qui ont fourni des renseignements utiles :

1° Homme de 55 ans, maigre, cachectique, émettant de l'urine sale, jaune verdâtre, chargée de bactéries, purulente, sans albumine, avec l'odeur et la réaction de l'acide sulfhydrique. Mort rapide.

Autopsie. Pyélo-néphrite, embolies bactériennes des reins, cystite, rétrécissement de l'urètre. Dans l'urètre s'ouvre un abcès qui se prolonge jusque dans les bourses.

2° Femme de 31 ans se plaignant de douleurs à l'hypochondre gauche et de constipation ; on la purge. Au bout de quatre jours, l'odeur de l'acide sulfhydrique existe dans l'urine. Catarrhe vésical. On trouve dans l'urine des bâtonnets qu'on cultive et qui communiquent à d'autres urines des caractères analogues. L'hydrothionurie disparaît au bout de huit jours malgré la persistance du catarrhe vésical.

3° Fille de 17 ans atteinte de périmétrite d'abord, puis de vaginite, de métrite du col et de double salpingite.

Au bout de quelques jours, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. L'urine est acide, ne contient pas d'albumine, mais de l'hydrogène sulfuré et des bactéries cultivables. Après huit jours de rémission, les mêmes phénomènes se reproduisent pendant quelques jours.

Dans ces trois cas la cystite est démontrée. De plus l'hydrothionurie est intimement liée à la présence des bactéries pathogènes que Rosenheim a décrites (*Fortschritte der Med.*, t. V, n° 11) et qui seules sont susceptibles de déterminer le phénomène.

Mais quelles sont les substances à l'aide desquelles la bactérie produit l'acide sulfhydrique ? Ce ne sont pas les sulfates comme le pensent Neubauer et Vogel, ni les sulfocyanates, ni l'albumine. C'est probablement un hyposulfite.

L'hydrothionurie n'est donc, dans la plupart des cas, qu'une complication peu importante de la cystite. Elle ne comporte pas un pronostic grave. (Voy. *R. S. M.*, *XXXII*, 35.) L. GALLIARD.

Die Bestimmung kleiner Zuckermengen im Harne (Détermination de faibles quantités de sucre dans l'urine), par POLLATSCHEK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 18, *p.* 354, 1888).

La recherche du sucre, au-dessous de la proportion de 0,2 0/0 est difficile et cependant utile. Certains sujets ont une petite quantité de sucre dans l'urine quand ils ont fait abus des aliments hydrocarbonés,

et, dans les cas légers de diabète, ces aliments seuls suscitent la glycosurie.

L'auteur conseille de traiter l'urine par le charbon avant d'effectuer la réduction du cuivre. On met dans l'éprouvette une petite quantité de poudre de charbon, on agite, et on filtre : l'urine est claire et débarrassée de matières qui pourraient fausser l'analyse. Dans une autre éprouvette on mélange à parties égales la solution de sulfate de cuivre et la solution de sel de Seignette et de soude et on chauffe. Si ce mélange reste clair, on y verse lentement l'urine filtrée et on chauffe de nouveau ; le précipité est jaune, rarement rouge.

Pour contrôler, il faut se servir du sous-nitrate de bismuth, du chlorhydrate de phénylhydrazine que recommande Jaksch. L. GALLIARD.

Notiz zur normalen Albuminurie, par C. POSNER (*Centralbl. f. d. med. W.* n° 23, 1887).

Pour démontrer dans l'urine la présence de l'albumine en très petite quantité, C. Posner propose la modification suivante aux procédés qu'il a indiqués pour la recherche de l'albumine dans l'urine normale (*Virchow's Arch.*, 1886, CIV). — Précipiter par l'alcool, laver le précipité à l'alcool chaud, puis à l'éther à froid, verser sur le filtre de l'acide chlorhydrique concentré bouillant... On obtient, s'il y a de l'albumine retenue sur le filtre, une belle coloration violette. Cette façon de faire est conforme aux indications de Liebermann. (*Centralblatt*, 1887 n° 18). A. MATHIEU.

Ueber die Haycraft'sche Methode der Harnsäurebestimmung im Harne (Sur la méthode de dosage de l'acide urique de Haycraft), par August HERMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 496).

Le procédé d'Haycraft pour le dosage de l'acide urique consiste à précipiter 25 centimètres cubes d'urine par 1 gramme de bicarbonate de soude. On rend la solution fortement alcaline avec de l'ammoniaque, et on ajoute une solution ammoniacale d'argent. L'acide urique est recueilli sur un filtre avec une trompe; on lave, on dissout sur le filtre avec de l'acide nitrique à 20 ou 30 0/0; on lave la solution sur le filtre et on titre la solution d'argent avec une solution normale de sulfocyanure de potassium. Le chiffre trouvé multiplié par 0,00168 donne la quantité d'acide urique contenue dans 25 centimètres cubes d'urine.

Le bicarbonate de soude a pour but d'arrêter la réduction de l'argent.

L'auteur a modifié le procédé de la manière suivante :

Il place dans un petit entonnoir un cône de platine de 2 centimètres cubes, une couche de coton de verre, puis une couche d'asbeste en fins fragments et bien lavés ; il applique le tout avec le doigt sur le cône de platine, de manière à faire une sorte de feutre qui retient tout le précipité. Il filtre constamment à la trompe, mais il cesse de s'en servir pour le lavage du précipité, crainte de perte de substance. Ce filtre peut servir plusieurs fois.

Il opère sur 50 centimètres cubes d'urine; il ajoute au précipité 5 centimètres cubes de la solution d'un mélange d'argent et de magnésie de Ludwig. Il emploie 4 grammes de bicarbonate de soude. Pour doser l'argent, il ne se sert pas, comme Haycraft, de chlorure de sodium, mais

d'acide chlorhydrique. Il titre l'argent dissous avec une solution normale au 1/50e qui permet de voir mieux la fin de la réaction que celle au 1/100e. Il doit alors multiplier le chiffre trouvé par 0,00336.

Il n'est pas nécessaire de retirer le précipité du filtre, on le dissout sur le filtre avec de l'acide nitrique.

Le précipité d'acide urique doit être lavé avec une solution faible d'ammoniaque pour enlever tout le reste d'argent.

Il faut remarquer que la présence du sucre ne trouble pas le dosage, et qu'il n'est pas nécessaire d'enlever préalablement l'albumine. On arrive, par ce procédé, à des résultats exacts. E. HARDY.

Eine Methode zur maassanalytischen Bestimmung der Harnsäure im Harne (Une méthode de détermination analytique de l'acide urique dans l'urine), par Friedrich CZAPEK (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 502, 1888).

Cette méthode pour le dosage de l'acide urique est indirecte, comme celle de Haycraft. Elle s'en distingue en ce que, dans celle d'Haycraft, on dose l'argent contenu dans le précipité de la solution ammoniacale d'argent, tandis que, dans la nouvelle, on dose le reste de l'argent restant dans la solution après l'emploi d'une quantité déterminée de sel d'argent.

Ce nouveau procédé a l'avantage d'une grande simplicité d'exécution, de ne pas nécessiter l'emploi d'une trompe, ni le lavage du précipité.

Il faut comme réactifs :

1° Une solution normale d'argent au dixième. On la prépare en dissolvant 17 grammes de nitrate d'argent par litre. On la titre à l'aide d'une solution de sel marin qui contient 10cc,1 d'une solution saturée de sel marin étendu de 550 centimètres cubes d'eau;

2° Un mélange de magnésie, comme le prépare Ludwig pour sa méthode de dosage de l'acide urique (avec 100 grammes de chlorure de magnésium par litre);

3° Une solution de sulfure de potassium ou de sodium qui doit être 10 fois plus étendue que celle de Ludwig. Celle de Ludwig contient par litre une quantité de sulfhydrate correspondant à 15 grammes d'hydrate de potasse, ou 10 grammes d'hydrate de soude. Cette solution sert à titrer l'argent;

4° Un papier imprégné d'acétate de plomb et desséché.

L'opération se fait de la manière suivante :

On verse dans une éprouvette d'au moins 300 centimètres cubes 150 centimètres cubes d'urine. Si l'urine contient des sédiments, on les dissout d'abord soit en chauffant légèrement l'urine, soit en ajoutant quelques gouttes de soude. S'il y a des phosphates, on ajoute de l'acide chlorhydrique étendu qui les dissout en même temps que l'acide urique. Si l'urine contient de l'albumine, on l'acidule, on la porte à l'ébullition, et on filtre.

On verse 18 centimètres cubes de la solution normale d'argent dans un vase à précipité, on ajoute 30 centimètres cubes d'ammoniaque à 20 0/0, et on agite.

On introduit la solution d'argent dans l'éprouvette graduée où se trouve l'urine, et on étend d'eau de manière à faire 300 centimètres cubes. On agite, et on passe dans un grand filtre à pli.

Il ne reste plus qu'à titrer avec la liqueur de sulfhydrate. Ce titrage se fait de la manière suivante :

On verse dans un petit ballon de 100 ou 150 centimètres cubes, 50 centimètres cubes de l'urine filtrée, on verse le sulfure avec une pipette; on bouche le ballon avec un bouchon percé dans lequel on introduit un petit tube de verre, et on porte le liquide à une légère ébullition. On reconnaît la présence d'un excès de sulfhydrate à la couleur brune que prend le papier de plomb introduit dans le courant de vapeur. Dès qu'il y a un petit excès de sulfhydrate, le papier brunit. On peut mieux encore reconnaître la fin de l'opération en traçant sur le papier de plomb des lignes avec une baguette trempée dans le liquide.

Pour préparer la liqueur normale, on verse 10 centimètres cubes de la solution normale d'argent au 1/10e dans un petit ballon, on sursature avec de l'ammoniaque, et on titre avec la solution de sulfhydrate jusqu'à la fin de la réaction. E. HARDY.

Ueber den Verhalten des Tyrosins zur Hippursäurebildung (Sur le rapport de la tyrosine avec la formation d'acide hippurique), par K. BAAS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 485).

On a pensé avoir établi dans ces derniers temps que les corps de la série benzoïque qui passent dans l'urine, phénol, crésol, acides oxyphénylactique et oxyphénylpropionique sont des produits de décomposition et de transformation de la tyrosine, provenant elles-même de la décomposition des matières albuminoïdes.

Ce fait serait complètement démontré chez les carnivores, mais chez les herbivores il n'est pas certain que ces substances dérivées n'aient pas une autre origine.

Outre les dérivés du phénol, la putréfaction de l'albumine fait naître encore deux acides qui sont l'origine de l'acide hippurique (phénacéturique); les acides phénypropionique et phénylacétique. La formation de ces deux derniers acides par la putréfaction de l'acide phénylamidopropionique, produit de décomposition des matières albuminoïdes, devient comparable à la production des acides oxyphénylpropionique et oxyphénylactique avec la tyrosine.

Il semble donc y avoir un rapport entre la formation des dérivés du phénol et celle de l'acide hippurique.

L'auteur a repris cette question encore controversée et est arrivé à conclure : 1° que la tyrosine n'éprouve pas toujours dans le canal intestinal de l'homme la fermentation putride, qui comme Brieger et Blendermann l'avaient déjà constaté, amène l'augmentation de l'excrétion du phénol et du crésol et des oxyacides, et que la présence en quantité plus considérable dans l'intestin des champignons de dédoublement, amène la complète résorption de la tyrosine;

2° Que la production de l'acide hippurique qui reste constante pendant la durée des expériences, est indépendante de la présence de la tyrosine dans l'intestin. Les expériences prouvent que la fermentation de l'acide phénylamidopropionique peut avoir lieu dans d'autres conditions que celles qui amènent la putréfaction de la tyrosine. E. H.

Beiträge zur Kenntniss des Lecithin (Contribution à la connaissance de la lécithine), par Eug. GILSON (de Bette St-Pierre) (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 585).

La lécithine contient dans ses molécules des acides gras, de l'acide phosphorique, et de la névrine. Mais sa constitution n'est pas encore établie. Pour l'expliquer, deux opinions ont été émises, l'une par Diakonow, l'autre par Strecker.

Diakonow considère la lécithine comme une combinaison saline, et la regarde comme un acide distéarine glycérine phosphorique unies à la névrine qui y joue le rôle de base. Il établit son opinion sur ce que la lécithine décomposée par l'eau de baryte se transforme en névrine, glycérine phosphatée et stéarinate de baryte, et en second lieu que la décomposition d'une solution éthérée de lécithine avec de l'acide sulfurique étendu donne en solution aqueuse du sulfate de névrine, en solution éthérée de l'acide glycérine phosphorique dont on obtient le sel de potasse qui cristallise et est insoluble dans l'alcool.

Strecker regarde la lécithine comme une combinaison éthérée; la névrine est unie avec l'acide glycérinophosphorique par un atome d'oxygène de l'hydroxyle. Il se base sur ce fait que le chlorure de platine et une solution alcoolique de lécithine donnent un précipité insoluble dans l'alcool, et soluble dans le chloroforme et l'éther, contenant 2 molécules de chlorhydrate de lécithine et 1 de chlorure de platine. Si au contraire c'était une combinaison saline, le chlorhydrate de platine et de lécithine devrait être insoluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Les formules suivantes font comprendre les points de vue de ces deux auteurs.

D'après Diakonow :

$$C^3H^5 \left\{ \begin{array}{l} OCOC^{17}H^{35} \\ OCOC^{17}H^{35} \\ O \end{array} \right. \qquad PO \left\{ \begin{array}{l} OH \\ O\,Az \left\{ \begin{array}{l} (CH^3)^3 \\ C^2H^4OH \end{array} \right. \end{array} \right.$$

D'après Strecker :

$$C^3H^5 \left\{ \begin{array}{l} O.CO^{17}H^{35} \\ O.CO^{17}H^{35} \\ O \end{array} \right. \qquad PO \left\{ \begin{array}{l} OH \\ O.C^2H^4 \\ (CH^3)^3 \end{array} \right\} AzOH$$

La question se pose donc ainsi : la lécithine doit-elle être considérée comme une combinaison saline, et la névrine joue-t-elle le rôle d'une base comme pense Diakonow, ou bien est-ce une combinaison éthérée, et la névrine se comporte-t-elle comme un alcool comme le pense Strecker?

Hundeshagen a montré dernièrement que la lécithine ne forme aucune combinaison saline; il a préparé le sel synthétique de névrine et d'acide distéarine glycérine phosphorique et a trouvé que cette combinaison avait bien la composition centésimale de la lécithine, mais qu'elle ne possédait aucun des caractères de la lécithine.

L'auteur a cherché à éclaircir cette question en étudiant l'action de l'acide sulfurique et celle des alcalis sur la lécithine, et il est arrivé à cette conclusion que la lécithine n'est pas une combinaison saline.

Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Par l'action de l'acide sulfurique étendu sur la lécithine il naît de

l'acide phosphorique libre, par celle des alcalis étendus, il se produit de l'acide glycérophosphorique ;

2° La lécithine n'est attaquée que très lentement par les acides étendus ;

3° Elle se décompose très rapidement sous l'influence des alcalis étendus ;

4° Elle n'est pas un sel de l'acide distéarine glycérine phosphorique, mais une combinaison du genre des éthers. E. H.

Ueber das Verhalten des Blutfarbstoffes bei den Infectionskrankheiten (Etat des matières colorantes du sang dans les maladies infectieuses), par de RUYTER (*XVII° Congrès des chir. allem. Cent. f. Chir., n° 24, 1888*).

L'auteur a constaté que le sang d'un individu atteint d'œdème malin donnait une nouvelle raie spectrale à côté des autres raies de l'oxyhémoglobine, qui n'étaient pas modifiées. Cette raie couvre à peu près celle de la méthémoglobine, mais s'étend un peu plus vers celle de l'oxyhémoglobine. Cette même raie se retrouve dans les formes graves des septicémies diphtéritiques. Dans les autres maladies infectieuses, l'auteur n'a pas trouvé de modification du spectre du sang : mais il pense qu'on en constaterait avec des appareils perfectionnés.

PIERRE DELBET.

Présence de l'acide malique dans la sueur des herbivores, par A. et P. BUISINE (*Compt. rend. acad. des sciences, 14 mai 1888*).

L'acide malique est essentiellement un produit d'élaboration des cellules végétales, et on ne l'avait encore rencontré dans aucune sécrétion des animaux. On peut le retirer de la sueur du mouton, en opérant sur les eaux de suint livrées par le lavage industriel des laines brutes. Du reste, l'auteur pense que l'acide malique excrété par ces herbivores provient de leurs aliments, c'est-à-dire qu'il ne fait que traverser l'organisme. M. DUVAL.

Zur Biologie der Milchkothbacterien (Sur la biologie des bactéries des matières fécales du lait), par Adolf BAGINSKY (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p 434, 1888*).

Parmi les nombreuses bactéries qui se trouvent dans les matières fécales des enfants soumis à une alimentation lactée, Escherich a reconnu que deux espèces étaient constantes et les a décrites sous le nom de Bacterium lactis aerogenes et Bacterium coli. Les recherches biologiques ont montré que le Bacterium lactis aerogenes amène la décomposition du sucre avec consommation d'une petite quantité de matière albuminoïde, tandis que le Bacterium coli n'a pas d'action élective sur les autres éléments nutritifs. La première de ces bactéries agit rapidement, l'autre avec lenteur. Le Bracterium lactis fournit de l'acide lactique et a été nommé aussi bacille lactique de l'intestin.

L'auteur reprit ces expériences et étudia l'action du Bacterium lactis aerogenes d'Escherich. Il trouva que dans tous les cas en présence comme en l'absence de l'air cette bactérie en agissant sur le sucre du lait, donne une petite quantité d'acétone, de l'acide acétique et ultérieu-

rement de l'acide carbonique, du méthane et de l'hydrogène. L'expérience se fit en mettant 5 grammes de sucre de lait dans un ballon stérilisé à 14° avec de l'eau stérilisée, une petite quantité de peptone et le tout stérilisé dans une étuve pendant trois jours. La solution de sucre était devenue un peu brune. Après trois jours on introduisit le Bacterium lactis et on maintint à 37°. Après cinq jours le liquide était très acide. On le satura avec de l'acide sulfurique et on l'agita avec de l'éther. L'éther distillé, le résidu fut bouilli avec de l'eau et de l'oxyde de zinc filtré, évaporé. On n'obtint aucun cristal de lactate de zinc. Le résidu mis sur verre donna avec le phénol et le chlorure de fer une coloration jaunâtre indiquée pour l'acide lactique. Il n'y avait donc qu'une quantité insignifiante d'acide lactique.

Dans une autre expérience le liquide soumis à la distillation donna avec l'iodure de potassium ioduré et la soude un précipité d'iodoforme.

On ne réussit pas à caractériser l'acétone par l'action du nitroprussiate de soude et la soude; et le liquide distillé ne dissolvait pas l'oxyde de mercure récemment précipité. On n'était donc pas en présence d'acétone. En traitant le liquide par du chlorure de benzoile on ne caractérise pas nettement non plus l'alcool.

Le reste du liquide acidulé d'acide sulfurique fournit une très petite quantité d'acide lactique.

Une troisième expérience donna avec le nitroprussiate et un peu de soude la réaction de l'acétone.

Le liquide dissolvait l'oxyde de mercure, ce dont on s'assura en faisant passer un courant d'hydrogène sulfuré dans le liquide filtré. On obtint une coloration brune. Cette expérience prouvait donc la présence de l'acétone. On ne put constater la présence de l'acide lactique.

Une autre expérience faite en vue de déterminer quel était l'acide produit dans cette fermentation prouva que c'était de l'acide acétique. Le liquide distillé, saturé avec la baryte, évaporé, puis l'excès de baryte enlevé par un courant d'acide carbonique, donna de l'acétate de baryte dont la présence fut confirmée par l'analyse.

La petite quantité d'acide lactique qui fut constatée s'est trouvée dans quelques cas transformée en acide butyrique.

En réagissant sur l'amidon en présence de l'air, le B. lactis produit beaucoup d'acide acétique.

En raison de ces faits, l'auteur propose de changer le nom de Bacterium lactis et de le nommer Bacterium aceticum. E. HARDY.

Eine neue Methode, freie Salzsäure im Mageninhalte (Une nouvelle méthode pour déterminer quantitativement l'acide chlorhydrique libre contenu dans l'estomac), par SJÖQVIST (*Zeitschr. f. physiol. Chemie, XIII, p.* 1).

Après avoir rapporté les diverses méthodes proposées par Rabuteau, Cahn et Mering, Seemann, l'auteur a exécuté des expériences d'après l'idée suivante due au professeur K.-A.-B. Mörner, de Stockholm.

Si on évapore à sec le contenu de l'estomac avec du carbonate de baryte, les acides libres se transforment en sel de baryte. Par la calcination, le chlorure de baryum reste inaltéré. Les sels des acides organiques sont brûlés et se trouvent à l'état de carbonate de baryte. En reprenant par l'eau, le chlorure de baryum se dissout, le carbonate de

baryte est insoluble dans l'eau. La quantité de baryte qui reste en solution correspond à la quantité d'acide chlorhydrique libre primitivement. Il n'y a donc qu'à doser le baryum par un procédé exact.

On peut faire cette détermination avec avantage en se servant du papier de tétraméthylparaphénylènediamine comme indicateur.

Nous renvoyons au mémoire original pour la description de ce procédé et d'un dosage volumétrique à l'aide du bichromate de potasse.

La réaction est plus sensible qu'avec le réactif de Günzburg. E. H.

Ueber die Säuren der Schweingalle (Étude sur la bile du cochon), par Severin GOLIN (*Zeitschr. f. physiol. Chemie, XIII, p.* 205).

Des discussions se sont élevées pour savoir si les acides de la bile de cochon désignés par α et β étaient différents ou s'ils devaient être considérés comme identiques.

L'auteur a repris cette étude et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La bile de cochon contient comme partie principale les sels de soude de deux acides hyoglycocholiques différents; ces acides par leur décomposition donnent du glycocolle et de l'acide hyocholalique. Elle renferme en outre en petite quantité les sels de soude d'un ou peut-être de deux acides taurocholiques.

2° Les deux acides hyoglycocholiques se distinguent l'un de l'autre par la solubilité différente de leur sel de soude dans les solutions de sel marin.

3° Les deux acides hyocholaliques ont entre eux des différences complètement semblables à celles que présentent les acides conjugués de la bile. E. H.

I. — Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction dans la fièvre typhoïde, par HÉNOCQUE et BAUDOUIN (*C. R. Soc. biologie,* 28 *janvier* 1888).

II. — Relations entre la température et l'activité de réduction dans la fièvre typhoïde, par HÉNOCQUE et G. BAUDOUIN (*Ibidem,* 18 *février* 1888).

III. — Remarques à propos de la communication d'Hénocque, par D'ARSONVAL (*Ibidem,* 18 *février* 1888).

IV. — Remarques sur la mesure de l'activité respiratoire des tissus par la méthode d'Hénocque, par MALASSEZ (*Ibidem,* 18 *février* 1888).

I à IV. — Dans la fièvre typhoïde, il y a un abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine, lequel se maintient longtemps pendant la convalescence. C'est au début que la durée de la réduction de l'hémoglobine est la plus longue; aussi, dans cette période, y a-t-il à la fois anémie et diminution des échanges gazeux. Au point de vue hématoscopique, la fièvre typhoïde est caractérisée par une anémie prononcée et persistante et par une diminution dans l'activité des échanges : celle-ci s'améliore avant la disparition de l'anémie.

Dans la fièvre typhoïde, il y a un rapport constant et direct entre l'élévation de la température et la lenteur de réduction de l'oxyhémoglobine. L'activité de la réduction, c'est-à-dire l'énergie de la consommation de l'oxygène du sang par les tissus, est en sens inverse de l'élévation de la

température. L'intensité de la fièvre amène une diminution conjuguée de l'activité des oxydations.

D'Arsonval rappelle ses recherches calorimétriques sur les animaux fébricitants : il a déjà dit qu'à une température centrale plus élevée ne correspond pas nécessairement une augmentation de la thermogénèse, et inversement. Les expressions hyperthermie et hypergenèse thermique ne sont pas synonymes : une poule et un lapin du même poids dégagent sensiblement le même nombre de calories; la poule a pourtant une température centrale supérieure de 4 degrés à celle du lapin. Le calorimètre est l'instrument le plus sûr pour apprécier les variations de la thermogénèse.

Malassez reproche au procédé d'Hénocque de ne pas faire connaître la quantité réelle d'oxyhémoglobine qui s'est réduite pendant la durée de l'observation : ce procédé n'évalue que la quantité totale d'hémoglobine (oxyhémoglobine et hémoglobine réduite); aussi doit-on accepter avec réserve ses mesures d'activité respiratoire des tissus. PAUL LOYE.

Notiz betreffend das reducirte Hämoglobin (Remarque relative à l'hémoglobine réduite), par L. HERMANN (*Arch. f. die gesammte Physiol., XLIII, p.* 235).

Lorsqu'on réduit l'hémoglobine par le sulfhydrate d'ammoniaque ou par l'hydrogène, les deux bandes de l'oxyhémoglobine font place à la bande obscure de Stokes, située entre D et E. L'auteur a constaté que cette bande obscure n'était pas simple, qu'elle était formée de deux parties, l'une mince, du côté rouge, l'autre large, du côté du vert et entre les deux, une bande plus claire. DASTRE.

I. — Myosin und Myosinosen (Myosines et myosinoses), par KÜHNE et CHITTENDEN (*Zeitschr. f. Biologie, XXV, p.* 358, 1888).

II. — Elastin und Elastosen (Élastine et élastoses, par CHITTENDEN et HART (*Ibidem, p.* 368).

I. — Kühne et Chittenden ont constaté que la myosine fournit sous l'influence de la digestion peptique des produits de transformation analogue aux produits de la digestion de l'albumine :

Myosinoses distinguées en protomyosinose, deutéromyosinose, etc., analogues aux albumoses (protoalbumose, deutéroalbumose, etc.). Le tableau suivant donne la composition centésimale de ces substances :

	C	H	Az	S	O
Myosine	52.79	7.12	16.86	1.26	21.97
Protomyosinose	52.43	7.17	16.92	1.32	22.16
Deutéromyosinose	50.97	7.42	17.00	1.22	23.39

II. — L'élastine (ligament cervical) est facilement attaquée par les solutions acides de pepsine et aussi par l'acide chlorhydrique dilué (sans pepsine, à condition que l'on opère à + 100°). Il se forme des élastoses ou produits analogues à ceux de la digestion peptique de l'albumine protoélastose, deutéroélastose, etc. pour les propriétés et la composition chimique desquelles nous renvoyons au mémoire original.

Les auteurs se sont occupés également de la dissolution de l'élastine dans le suc pancréatique. LÉON FREDERICQ.

Ueber das eiweisslösende Ferment der Fäulnissbacterien und seine Einwirkung auf Fibrin (Sur le ferment qui dissout l'albumine dans les bactéries de la putréfaction et sur son action sur la fibrine), par E. SALKOWSKI (*Zeitschr. f. Biologie, p.* 92, 1888).

De la fibrine humide abandonnée pendant quelques jours à la putréfaction est ensuite conservée dans de l'eau chloroformée, de manière à tuer les bactéries. Au bout de trois semaines on constate qu'une notable partie de la fibrine s'est dissoute et transformée en albumine, en paraglobuline et en traces de peptone et d'albumoses. La proportion de peptone et d'albumose est plus forte si l'on attend plusieurs mois. La transformation de la fibrine est attribuée par Salkowski à un ferment soluble sécrété par les bactéries de putréfaction et continuant à agir dans le liquide chloroformé, après la mort des bactéries. L'auteur rapporte à l'appui de cette manière de voir les résultats de plusieurs autres expériences pour le détail desquelles nous renvoyons à l'original.

LÉON FREDERICQ.

Studien über die analytische Bestimungsweise der Eiweisskörper (Étude sur les procédés analytiques des corps albuminoïdes avec une application particulière au lait), par J. SEBELIEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 135).

Après avoir passé en revue tous les procédés de précipitation des corps albuminoïdes et signalé leurs défauts, l'auteur trouve dans l'emploi du tannin un moyen absolument précis pour séparer les matières albuminoïdes.

La peptone proprement dite et l'albumose sont incomplètement précipitées par ce réactif. La peptone pure peut même être entièrement dissoute par un excès de tannin.

L'acide phosphotungstique précipite incomplètement les solutions d'albumose, et complètement celles de peptone.

L'auteur a appliqué ces principes au dosage du lait. Il enlève d'abord l'albumine et l'albumose en les précipitant par le sulfate d'ammoniaque, et il caractérise les peptones par la réaction du biuret et par le tannin, car la réaction de l'acide phosphomolybdique ne peut être employée en présence du sulfate d'ammoniaque.

Il reconnaît ainsi la présence de la peptone dans le lait, et son absence dans le petit-lait. Pour connaître la quantité d'albumose, il dose l'azote dans le précipité du sulfate d'ammoniaque et multiplie par 6,37.

Pour obtenir la caséine, il précipite le lait par le sulfate de magnésie.

E. H.

Ueber Furfurolreactionen par Ladislas von UDRANSKY (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 335 *et* 337).

1° On sait que Mylius a montré que la réaction de Pettenkoffer, c'est-à-dire la coloration rouge allant jusqu'au bleu qui se produit en faisant réagir l'acide sulfurique sur les acides biliaires, est due à la pré-

sence du furfurol, qui prend naissance par l'action de l'acide sulfurique sur le sucre.

Par suite de ces observations, l'auteur a modifié ainsi le procédé de la réaction de Pettenkoffer. On fait réagir une très petite quantité d'acide cholique sur une solution de furfurol à 1 0/0, et 1cc d'acide sulfurique. En opérant sur l'urine, il pourrait y avoir une coloration par la présence de substances autres que les sels biliaires. On évite cette erreur en employant une quantité extrêmement faible d'urine pour la réaction.

Udransky explique la coloration qu'un copeau de sapin prend par l'action de l'acide sulfurique concentrée par la décomposition de la coniférine qui produit du furfurol.

2° Personne jusqu'à présent n'a pu déterminer d'une manière certaine la présence du sucre de raisin dans l'urine normale.

Pour trouver les hydrates de carbone, Schiff a donné le procédé suivant :

On met un peu de la substance à essayer dans un tube ouvert par un bout, on y ajoute une petite quantité d'acide sulfurique, et on chauffe. On fait arriver les vapeurs sur un papier de xilidine placé dans l'extrémité ouverte. Le papier prend une couleur rouge si la matière à essayer contient des hydrates de carbone.

Le papier de xilidine se prépare en mêlant de la xilidine avec son volume d'acide acétique, en ajoutant à la solution un peu d'alcool, et en y trempant des bandes de papier. Dès qu'elles sont sèches, elles prennent, sous l'influence du furfurol, une belle teinte rouge, due à la formation d'un sel de furfurolxilidine $C^4H^3O — CH (C^8H^8AzH^2)^2$.

Cette réaction se produit quand il y a 0,2 0/0 de sucre dans une urine.

Molisch propose pour cette recherche des hydrates de carbone d'ajouter à l'urine du thymol ou de l'α-naphtol et de verser de l'acide sulfurique concentré. S'il y a du sucre de raisin, il se développe une coloration allant du rouge rubis au violet. L'auteur interprète ces résultats comme dus à la formation de furfurol.

L'expérience réussit très bien avec l'α-naphtol; elle est moins nette avec le thymol. La réaction se développe dans une solution contenant 0,05 0/0 de sucre de raisin.

Ces réactions permettent de reconnaître que les matières albuminoïdes sont capables de se transformer en hydrate de carbone. On en a la preuve en chauffant dans un tube de l'acide sulfurique avec de la fibrine. Il se forme du furfurol, que l'on reconnaît par les méthodes précédemment décrites.

Cette formation du furfurol par les matières albuminoïdes explique les colorations bleue et violette que forme l'albumine quand on la chauffe avec de l'acide chlorhydrique ou un mélange d'acide sulfurique et acétique.

E. HARDY.

Beiträge zur Kenntniss der Milchsäure in der Thymus und Thyreoidea (Contribution à l'étude de l'acide lactique du thymus et de la glande thyroïde), par R. MOSCATELLI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 416).

Gorup-Besanez a signalé la présence de l'acide lactique dans le thymus et la glande thyroïde. R. Moscatelli l'a également extrait de ces

organes en employant la méthode ordinaire. Il l'a transformé en sel de zinc et a reconnu qu'il était presque insoluble dans l'alcool absolu, qu'il perdait 12 0/0 d'eau à 110°. Le paralactate en contient 12,9 0/0. Le sel desséché contient 24,884 de zinc. De ces données, l'auteur conclut que l'acide lactique qu'il a isolé est de l'acide paralactique. E. H.

Zur Chemie des Humor aqueus (Chimie de l'humeur aqueuse), par A. GRUENHAGEN (*Arch. f. die gesammte Physiol.*, *XLIII*, *p.* 377).

L'humeur aqueuse contient chez le bœuf et le lapin une substance réductrice, et une autre substance qui dévie à droite le plan de polarisation. Celle-ci est un mélange d'acide paralactique avec une substance inconnue. La substance réductrice est précipitée par l'acétate de plomb et l'ammoniaque, indifférente optiquement, non fermentescible avec la levure; elle n'appartient point au groupe des dextrines ou des sucres.

DASTRE.

Note sur la présence de l'indigo dans une tumeur abdominale, par Ch. FIRKET (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *mars* 1888).

L'indigo se rencontre parfois dans l'urine, la sueur et le pus de certains abcès. L'auteur a retrouvé cette substance dans le liquide provenant de la ponction d'une énorme tumeur abdominale, considérée comme un sarcome de l'ovaire; elle se présentait sous forme de granulations bleues ayant les caractères chimiques de l'indigo. Firket ne se prononce pas sur l'origine de cet indigo. Deux hypothèses peuvent être admises : 1° sous l'influence d'une tumeur assez volumineuse, il s'est produit dans l'intestin des stases plus ou moins longues d'excréments; dans ces conditions une proportion anormale d'indol est résorbée et transformée en indican. Celui-ci, passant dans la tumeur, y aurait subi les phénomènes successifs d'hydratation et d'oxydation qui président à sa transformation en indigo ; 2° l'indol a pu se former sur place et se transformer directement en indigo, transformation qui s'effectue lorsqu'on soumet l'indol à l'action de l'air ozonisé. F. H.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Nouvelle contribution à l'étude des concrétions sanguines par précipitation, par G. HAYEM (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *octobre* 1888).

On sait que les transfusions faites avec du sang d'une espèce différente déterminent souvent des hémorragies, que les uns ont expliquées par de petites embolies, les autres par une altération de la paroi vasculaire. Reprenant cette étude, l'auteur montre que l'introduction d'un sang étranger dans les vaisseaux d'un animal donne lieu à une action réciproque des deux sangs l'un sur l'autre, se traduisant par la formation de petits caillots : ceux-ci sont constitués par une partie centrale,

amas d'hématoblastes, et une partie périphérique, composée d'hématies conglomérées. Ces caillots produisent des hémorragies par embolies. En même temps, il y a presque toujours une destruction active des hématies par dissolution de l'hémoglobine.

Les diverses formes données à ces expériences démontrent qu'il est impossible de rapporter ces effets au ferment de la coagulation fibrineuse, non plus qu'à la nature des matières albuminoïdes ou des sels. Il s'agit peut-être de l'action de substances chimiques, en quelque sorte individuelles (spécifiques), qui seraient variables selon les espèces de sang et qui agiraient sur les éléments anatomiques, particulièrement sur les hématoblastes. En tout cas, cette étude des effets du conflit entre deux sangs d'espèce différentes est de nature à jeter un certain jour sur la pathogénie des maladies hémorragipares, puisque l'adultération du sang par des principes d'origine cellulaire peut provoquer la formation de concrétions et, par suite, des lésions emboliques hémorragiques.

M. DUVAL.

De l'œdème hydrémique, par X. FRANCOTTE (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, mai* 1888).

L'auteur a injecté à des chiens et à des lapins, dans la veine jugulaire externe, une solution de chlorure de sodium à 6 pour 1000. Les quantités injectées ont varié depuis 30 0/0 jusqu'à 130 0/0 du poids de l'animal. Il injectait en une heure un litre de liquide maintenu à la température du corps. Francotte a constaté, dans toutes ses expériences, non seulement un épanchement de liquide dans les diverses cavités du corps, mais encore un œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, surtout au pli de l'aine, à la région axillaire et à la région sous-maxillaire. Les altérations inflammatoires des vaisseaux cutanés favorisent la production de l'œdème au niveau des parties enflammées. Les altérations simples, telles que les provoquent le froid, l'application de la bande d'Esmarch, n'ont pas d'influence. La ligature de la veine fémorale et la stase, en général, favorisent également dans le cas de pléthore séreuse artificielle, l'apparition de l'œdème.

La ligature d'un ou des deux uretères, les altérations rénales provoquées par la cantharidine ne modifient pas sensiblement les résultats de l'infusion du sérum physiologique.

F. H.

Thermopheugoskop, ein Taschenapparat zur Bestimmung des Wärmeverlustes von der äusseren Haut (Le thermopheugoscope, appareil de poche pour mesurer la déperdition de calorique par la peau), par Fr. ARNHEIM (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p.* 948, 19 *novembre* 1888).

Pour se rendre compte des causes de l'élévation de la chaleur animale dans la fièvre ; il faut tenir compte non seulement de la production de chaleur, mais aussi de la déperdition de calorique. L'opinion régnante en pathologie est d'admettre que plus une région cutanée est chaude, plus elle perd de chaleur. Cette manière de voir n'est pas juste en ce qui concerne la peau vivante dont la température est influencée aussi par les systèmes circulatoire et nerveux.

Deux régions tégumentaires ayant la même température peuvent dans

les mêmes conditions avoir une déperdition de calorique très différente. Il n'y a donc pas un parallélisme nécessaire entre les résultats des mensurations de la température locale des téguments et ceux des mensurations de leur perte de chaleur.

Le thermopheugoscope se compose d'un thermomètre métallique d'Immisch enfermé dans un cylindre en caoutchouc durci, de 2 centimètres de haut sur 5 de diamètre extérieur. La face inférrieue de thermomètre est distante de 3 millimètres de l'ouverture inférieure du cylindre d'enveloppe; cette face inférieure est noircie en vue d'une meilleure absorption des rayons calorifiques, tandis que la face supérieure du thermomètre est recouverte d'une plaque de verre pour le protéger contre les influences extérieures. La région sous-claviculaire est l'endroit d'application le plus convenable de l'instrument; on le laisse 20 minutes en place; en même temps on prend, de la façon habituelle, la température axillaire. Le thermopheugoscope indique la totalité des pertes de calorique éprouvées par la peau, par rayonnement, par conductibilité et par évaporation. La vapeur d'eau émise par la peau ne tarde pas à saturer le petit espace réservé au-dessous de la face inférieure du thermomètre; elle se condense alors en gouttelettes sur cette face noircie. L'observation terminée, on place l'instrument sur une table, avec sa face noircie tournée en haut, et l'eau s'évapore rapidement. Il convient, après chaque mensuration thermopheugoscopique, de prendre la température locale de la région dont on vient de déterminer la perte en calorique (*R. S. M.*, XXXI, 427). J. B.

Experiments on special sense localisations in the cortex cerebri of the monkey, par Sanger BROWN (*N. York med. Record*, *p.* 113, *août* 1888).

Les expériences faites en commun avec Schafer sont en opposition avec les conclusions de Ferrier et Yeo ; elles sont confirmatives de celles de Munck. Chez un singe Rhæsus, l'auteur détruit complètement le gyrus angulaire. Quand l'effet de l'anesthésie est dissipé, on ne constate ni perte de la vision, ni perte des mouvements des yeux ou des paupières. La semaine suivante, les choses restant en état, on détruit le gyrus angulaire du côté opposé. Aucun trouble de la vision; l'animal vécut longtemps et fut examiné pendant plusieurs mois.

Sur un autre singe on sépare les lèvres des scissures avoisinant le gyrus angulaire et on l'enlève en faisant une brèche profonde au cerveau. On constate une hémiopie de quelques jours, mais aucun trouble de la vision.

L'extirpation du lobe occipital donne des résultats positifs; si on la pratique d'un côté, on détermine une hémianopsie homonyme bilatérale; si plus tard on enlève l'autre lobe occipital la cécité est complète.

Pour le centre de l'ouïe, l'auteur détruit, comme le disent Ferrier et Yeo, la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure des deux côtés. Six singes opérés ainsi et deux autres ayant subi l'ablation totale des deux lobes temporaux pouvaient très bien, après l'opération, entendre le froissement d'une feuille de papier ou le claquement des lèvres. En revanche, ils présentèrent des troubles psychiques sur lesquels l'auteur se propose de revenir. P. DUFLOCQ.

De l'obstruction expérimentale des sinus de la dure-mère, par Pietro FERRARI (*Wiener med. Jahrb.*, *Heft* 3, 1888).

Lorsque l'obstruction porte sur un seul sinus, il n'en résulte aucun trouble circulatoire, aucune modification profonde des éléments anatomiques. On peut même obstruer une grande partie du système des sinus, tous les sinus de la voûte cranienne, par exemple, sans troubler les fonctions cérébrales. La seule condition est qu'il s'agisse d'une thrombose sans autres complications. Vient-on à supprimer toutes les voies de sortie du sang hors du crâne, la mort se produit rapidement, le plus souvent après une attaque d'épilepsie. Ces expériences ont été pratiquées sur des chiens. TISSIER.

Ueber die Veränderungen am Rückenmark nach zeitweiser Verschliessung der Bauchaorta (Sur les changements qui surviennent dans la moelle à la suite de la compression temporaire de l'aorte abdominale), par J. SINGER (*Sitzungsb. d. kais. Akad. d. Wissens. Wien.*, *Band XCVI, Heft* 1-5, 1888).

Le manuel opératoire est le suivant : on cherche l'aorte abdominale sans ouvrir la cavité péritonéale et on la saisit immédiatement au-dessous de l'artère rénale gauche, avec une pince à artères assez solide, que l'on laisse en place pendant une heure ; on l'enlève ensuite et la plaie est refermée.

L'auteur a pu garder des animaux ainsi opérés pendant une durée de temps qui a varié depuis un jour jusqu'à cinq semaines. Les moelles extraites étaient durcies et colorées de diverses manières, mais la méthode de Weigert-Pal a donné des résultats particulièrement instructifs. — Après que l'aorte (chez le lapin) a été comprimée pendant une heure il survient, dans la majorité des cas, des troubles durables de l'innervation (paralysies, abolition des réflexes). Au bout de 24 à 36 heures, on peut déjà constater dans la structure de la moelle des modifications. Les cellules multipolaires des cornes antérieures sont les premières atteintes; leur protoplasma se dissocie en fines granulations qui se colorent vivement par le carmin. Cet état s'accentue, et, au quatrième jour, il n'est pas rare de voir des amas de grains qui ne sont autre chose que des résidus de cellules ganglionnaires. Le noyau, et surtout le nucléole résistent plus longtemps. A cette époque aussi débute la dégénérescence des fibres à myéline des cornes antérieures. Au huitième jour les cellules ganglionnaires sont totalement détruites ainsi que les fines fibres de ces mêmes cornes; les racines antérieures et toute la substance blanche commencent à être le siège d'une dégénérescence secondaire, surtout accentuée au voisinage immédiat de la substance grise. La périphérie des cordons antéro-latéraux, et postérieurs, les ganglions spinaux et les racines postérieures restent normaux. Les cellules des ganglions spinaux sont douées, vis-à-vis de l'anémie, et par rapport à celles des cornes antérieures, d'une résistance infiniment plus grande. Un certain nombre de fibres, soit des racines antérieures, soit de la commissure antérieure, ne subissent pas de dégénérescence, elles accompagnent des vaisseaux et il semble que ce soient des fibres vaso-motrices dont le centre trophique ne se trouve pas dans les cornes antérieures.

Au bout de 5 semaines, la névroglie et la substance grise des cornes

postérieures sont atteintes par la dégénérescence atrophique, toute la substance blanche, y compris celle des cordons postérieurs a subi une réduction considérable de volume. A. NICOLAS.

Contribution à l'étude expérimentale des lésions de la moelle épinière déterminées par l'anémie passagère de cet organe, par SPRONCK (*Archiv. de physiologie*, 1er *janvier* 1888).

La ligature de l'aorte abdominale chez le lapin détermine immédiatement la paralysie et l'insensibilité du train postérieur, la paralysie de la vessie et du rectum. Si on enlève la ligature après 1 heure, la circulation se rétablit, mais les symptômes observés persistent ; puis se montrent la contracture et l'atrophie musculaire, le décubitus acutus et la mort. Les lésions médullaires qu'engendrent de semblables conditions expérimentales doivent être distinguées en deux catégories : les unes consistent dans la nécrose des cellules nerveuses déterminées directement par l'anémie ; les autres sont consécutives à la mortification de ces éléments. L'auteur étudie ces deux sortes de lésions. Les inégalités observées sont dues à l'irrigation sanguine des diverses régions de la substance grise de la moelle. A. GILBERT.

Ueber die Veränderungen des Myocardiums in Folge von Durchschneidung der Nervi extracardiaci (Sur les modifications du myocarde après la section des nerfs extra-cardiaques), par J. FANTINO (*Centralbl. f. d. med. W.*, nos 23-24, 1888).

L'auteur a essayé sans succès de pratiquer la section des deux pneumogastriques sur treize animaux, lapins ou cochons d'Inde, tous succombèrent. Il se borna donc à pratiquer la section unilatérale sur seize autres animaux. Il rechercha les lésions du myocarde à des époques plus ou moins éloignées de l'opération. Au bout de 48 heures, on trouve déjà des plaques d'un blanc jaunâtre, surtout au niveau de la cloison interventriculaire, sur les muscles papillaires et la surface extérieure du cœur, au voisinage de la bifurcation des veines coronaires.

Un certain nombre de fibres musculaires ont déjà perdu leur striation ; leurs bords sont irréguliers, elles sont gonflées, remplies de granulations protéiques.

Beaucoup de fibres n'ont plus de noyau. Rarement on constate une karyomitose évidente.

Au bout de 6, 8, 10 jours, ce qu'on voit surtout prédominer, c'est la multiplication des éléments embryonnaires interstitiels. Quelques fibres musculaires subissent l'atrophie simple, d'autres la dégénérescence granuleuse ; beaucoup de fibres sont blanches, décolorées.

Au bout de 15 à 18 jours, des parties de muscles sont détruites et remplacées par des amas de tissu conjonctif jeune qui devient de plus en plus fibreux. Il se fait en même temps un degré marqué de sclérose interstitielle.

On ne constate rien de semblable après la section des rameaux cardiaques du grand sympathique. A. MATHIEU.

Des névrites provoquées par le contact de l'alcool pur ou dilué avec les nerfs vivants, par PITRES et VAILLARD (*C. R. Soc. biologie*, 16 *juin* 1888).

L'alcool concentré à 85° détermine une perte immédiate des propriétés physiologiques des nerfs avec lesquels il est mis en contact : les nerfs imprégnés d'alcool, de même que les nerfs imprégnés d'éther, ne transmettent plus les impressions sensitives ni les impulsions motrices. Les nerfs présentent des altérations nécrosiques analogues à celles que produit le contact de l'éther. L'alcool dilué à 50 0/0 agit encore de la même façon; au titre de 25 0/0, il provoque des altérations nécrosiques moins évidentes et des paralysies incomplètes ; au titre de 15 0/0, il n'amène plus de troubles fonctionnels (employé en injections toutefois, car employé en irrigations, il fait disparaître l'excitabilité). Les alcools amylique, propylique, caprylique, allylique et isobutyrique ont des effets encore plus puissants que les alcools éthylique et méthylique. PAUL LOYE.

Experimentelles und Klinisches über Skoliose (Études expérimentales et cliniques sur la scoliose), par L. von LESSER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Phys., Band CXIII, Heft* 1).

L'auteur a cherché à voir si en déterminant un type respiratoire différent sur l'une des moitiés du thorax, il pouvait produire sur les animaux des déviations de la colonne vertébrale. A cet effet, il coupe le nerf phrénique d'un côté, ce qui amène la paralysie de la partie correspondante du diaphragme. Sur les lapins auxquels l'auteur avait sectionné le nerf phrénique droit, il trouva au bout d'un temps variable une torsion de la région *lombo-dorsale* à gauche et en arrière ; sur ceux qui eurent le phrénique gauche coupé, il obtint une scoliose dextroconvexe de la région dorsale. Avec ces lésions concordait un aplatissement de la base du thorax (face dorsale) du côté lésé, tandis que le côté sain montrait un élargissement du thorax au niveau de l'angle des côtes. L'auteur insiste dans la partie clinique de son travail sur la difficulté d'appliquer ces résultats à l'homme en raison de la station verticale de ce dernier. Cependant de nombreuses observations lui ont montré que fort souvent la respiration costale est inégale des deux côtés dans les cas de torsion de la colonne vertébrale surtout chez les femmes. Au moment de l'inspiration, l'une des moitiés du thorax se dilate davantage et l'inspiration se fait par saccades. De plus, les muscles thoraciques se contractent d'une façon désordonnée, de manière à simuler une véritable *chorée respiratoire*. C'est là un des symptômes les plus précoces des torsions de la colonne vertébrale. Souvent un signe précurseur consiste dans des douleurs vagues que les malades ressentent dans la région du thorax. Ajoutons encore un développement plus notable de poils le long des apophyses épineuses.

Au point de vue du pronostic, il s'agit de séparer les *torsions* de la colonne vertébrale d'avec les véritables *scolioses*. Dans ces dernières, les modifications et les lésions des vertèbres sont la cause primitive des déviations de la colonne vertébrale, tandis que les torsions se développent à la suite de faiblesse musculaire, de l'inégalité des deux moitiés du thorax, de la longueur différente des membres inférieurs, etc.

ED. RETTERER.

Ueber Kern-und Zelltheilungsvorgänge in dem Endothel der entzündeten Hornhaut (Sur les processus de division nucléaire et cellulaire dans l'endothélium de la cornée enflammée), par SCHOTTLÄNDER (*Arch. für mikr. Anat. Band XXXI, Heft* 3, 1888).

L'auteur, en enflammant la cornée de la grenouille ou du lapin, a observé que, si l'irritation est prolongée et l'animal faible, il se fait une décomposition rapide de l'endothélium, qu'avec une irritation modérée agissant sur un sujet vigoureux on obtient au contraire des phénomènes progressifs tels que mouvements amiboïdes des cellules, segmentation et fragmentation directes. Ce n'est qu'à partir du 7e jour qu'il se fait des mitoses servant indubitablement à la régénération, qui est terminée au bout de 15 jours.

Ces mitoses sont en général conformes à la normale. Le nombre des anses chromatiques est de 24. Tandis que les prophases ne présentent que peu de particularités notables (situation des anses chromatiques par rapport au champ polaire, disparition peu tardive du nucléole, division longitudinale retardée), les anaphases se distinguent par la scission des filaments d'union achromatiques, identiques vraisemblablement aux filaments du fuseau, qui accompagne l'achèvement de la division cellulaire. Le mode suivant lequel s'opère cette dernière rappelle la formation de la plaque cellulaire chez les plantes.

On peut ranger sous 3 chefs les mitoses qui s'écartent du type normal précédent.

Il y a d'abord des bipartitions anormales, que caractérisent surtout des dispositions particulières des anses chromatiques. Il y a ensuite les multipartitions (divisions en 3, en 4, en 6). Celles-ci sont assez rares (6 multipartitions pour 1,000 mitoses); elles obéissent toutefois à des lois parfaitement définies, bien qu'ici comme dans la mitose ordinaire il existe des formes atypiques. L'auteur fait comprendre, à l'aide de schémas, la marche de ces divisions multiples.

Il faut enfin faire une place spéciale à certaines figures, que l'on peut ranger dans la fragmentation indirecte, telle qu'Arnold l'a décrite.

A. PRENANT.

Cataracte produite par le menthol, par CHARRIN et ROGER (*C. R. Soc. de Biologie*, 21 *janvier* 1888).

Le lapin auquel on fait ingérer une dose de menthol variant de 5 à 7 grammes par kilogramme succombe en cinq ou six minutes. Pendant l'agonie, les yeux perdent de leur transparence; l'opacité augmente après la mort et, au bout d'une heure environ, les cristallins sont d'un blanc grisâtre. Cette cataracte par le menthol n'a pu être reproduite pendant la vie des animaux.

PAUL LOYE.

Action des inhalations de chlorure d'éthylène pur sur l'œil, par PANAS (*C. R. Acad. des sciences*, 3 *novembre* 1888).

Le trouble de la cornée provoqué par les inhalations du chlorure d'éthylène provient d'une infiltration séreuse du parenchyme de cette membrane; le mécanisme de cet œdème du tissu cornéen dépend de la destruction, par cet agent, de l'endothélium (membrane de Descemet) de

la cornée, qui seul protège la cornée contre l'envahissement de l'humeur aqueuse. M. DUVAL.

Sui fenomeni consecutivi all' estirpazione totale e parziale del pancreas, par G. MARTINOTTI (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, *juillet* 1888).

En enlevant à des chiens et à des chats la portion horizontale ou gastro-splénique du pancréas, l'auteur n'a pas constaté d'hyperplasie cellulaire compensatrice dans la portion duodénale conservée. En exagérant cette ablation d'une partie de l'organe, c'est-à-dire en ne laissant en place qu'une très petite portion du pancréas, adhérente au duodénum et en rapport avec le canal excréteur, il a observé, au contraire, certains phénomènes de régénération glandulaire, laquelle suit les modes de développement et présente les caractères de l'accroissement embryonnaire normal. L'ablation complète du pancréas a permis à l'auteur d'observer une hyperplasie compensatrice, très peu manifeste dans les glandes de Brunner, plus accentuée dans les glandes de l'estomac, mais surtout bien évidente dans les glandes de Lieberkühn, ce qui ferait supposer que ce sont surtout ces dernières glandes qui suppléent à l'action physiologique du premier, lorsqu'on en a pratiqué l'ablation. H. BARTH.

Sul modo di comportarsi dell' intestino distaccato dal suo mesentario (Sur la façon dont se comporte l'intestin séparé de son mésentère), par ORECCHIA et CHIARELLA (*Archivio italiano di clin.*, *XXVII*, *n°* 1, *avril* 1888).

Ces recherches établissent la possibilité d'exciser une portion de mésentère sans craindre la gangrène de l'intestin. Le fragment enlevé peut être d'autant plus considérable qu'il sera plus éloigné du bord de l'intestin. De même dans les résections transversales de l'intestin, si le décollement du mésentère dépasse un peu la surface de section, il n'y a aucun inconvénient à faire la suture des deux bouts de l'intestin accolés ou invaginés.

Mais la ligature de l'artère mésentérique supérieure ou la résection de cette artère au milieu d'une tumeur entraînent fatalement la destruction de l'intestin grêle, tandis que la ligature de l'artère mésentérique inférieure n'a pas la même influence sur le gros intestin. A. SIREDEY.

I. — Le foie tuberculeux du lapin après injection intra-veineuse de bacilles tuberculeux, par H. MARTIN et LEDOUX-LEBARD (*R. R. Soc. biologie*, 21 *avril* 1888).

II. — Sur le foie tuberculeux du lapin après injection intra-veineuse de bacilles tuberculeux, par V. CORNIL (*Ibidem*, 12 *mai* 1888).

III. — Note sur la tuberculose expérimentale du foie, par GILBERT et LION (*Ibidem*, 3 *novembre* 1888).

I. — L'injection de bacilles tuberculeux dans le sang des lapins, par la veine de l'oreille, détermine une tuberculose hépatique localisée autour du système porte et envahissant les lobules de la périphérie au centre. En même temps, la circulation hépatique est modifiée, le tissu conjonctif interlobulaire prolifère, les vaisseaux portes et hépatiques se dilatent, le foie prend l'apparence du foie cardiaque. Si la cirrhose atteint un plus

haut degré, la surface du foie se creuse de sillons et le foie devient mamelonné.

II. — Les bacilles tuberculeux introduits dans les veines se multiplient avec une rapidité extraordinaire. Dans le foie, le premier effet de l'injection de ces bacilles est d'amener un arrêt de la circulation du sang dans l'intérieur des vaisseaux : cette coagulation est due à la présence d'amas bacillaires. On trouve également dans les vaisseaux des cellules géantes et, à côté d'elles, des éléments lymphatiques en karyokinèse. La paroi vasculaire s'enflamme ainsi que le tissu hépatique voisin. Le foie est considérablement augmenté de volume : les branches veineuses sont oblitérées, les capillaires thrombosés. La rate aussi est hypertrophiée : ses vaisseaux sont, comme ceux du foie, le siège d'une accumulation de bacilles. A une période plus avancée, le foie et la rate qui, jusque là, n'étaient qu'hypertrophiés, présentent des îlots blanchâtres, puis dès nodules tuberculeux avec des cellules géantes au centre. Les lésions s'accentuent et se généralisent rapidement : les animaux meurent au bout d'un mois environ.

III. — Il s'agit des lésions hépatiques succédant, chez le lapin, à l'inoculation dans les veines mésentériques de cultures tuberculeuses. A l'autopsie, on découvre des lésions tuberculeuses du foie et de la rate : les poumons et les reins sont indemnes. Le foie est hypertrophié, pâle, et présente à la surface des granulations blanchâtres; il y a néoformation d'éléments substitués au tissu normal. Ces éléments néoformés ont, les uns, l'aspect de cellules épithélioïdes, les autres de cellules géantes. Les bacilles tuberculeux font défaut dans les parties demeurées saines (centre des lobules); ils sont très nombreux dans les régions tuberculisées (surtout jeunes). Les lésions hépatiques marchent donc de pair avec la multiplication des bacilles : les cellules du foie jouent un rôle purement passif; elles s'atrophient en cédant la place aux éléments de néoformation. Le foie peut, jusqu'à un certain point, arrêter les microorganismes et les retenir. PAUL LOYE.

Sur l'élimination, par les urines, des matières solubles vaccinantes fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme, par A. CHARRIN et A. RUFFER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *octobre* 1888).

Les recherches de Bouchard ont prouvé que la plus grande part des substances chimiques vaccinantes fabriquées par le microbe pyocyanique dans le corps de l'animal s'éliminent par le rein. Les nouvelles expériences qui font l'objet de cette note montrent que, dans la maladie pyocyanique, les substances chimiques fabriquées dans les milieux de culture artificiels, sont, elles aussi, capables de traverser le corps du lapin et de s'éliminer par les urines, en conservant leurs propriétés vaccinantes. La propriété vaccinante des substances fabriquées dans les tissus des animaux inoculés avec le bacille pyocyanique est donc bien attribuable à ce bacille lui-même et non à l'action des cellules de l'animal; et, en effet, on trouve cette propriété dans les cultures stérilisées avant leur injection, aussi bien que dans les urines des animaux soumis à ces injections. M. DUVAL.

Sopra una grave setticoemia nell' uomo, par FOÀ et A. BONOME (*Giornale della R. Accademia di Torino, février-mars* 1888).

Il s'agit d'un cas de pustule du cou qui entraîna la mort par œdème de la glotte. L'examen bactériologique du sang et du liquide de l'œdème fit obtenir une culture nette d'un micro-organisme dont les propriétés morphologiques offrent divers points de ressemblance avec le *mycoderma aceti*. Ce micro-organisme fut trouvé pathogène chez le rat et le lapin. Ces animaux subirent l'inoculation dans la cavité péritonéale, où elle produisit un exsudat en grande partie liquide, transparent, contenant en suspension de nombreux flocons blanchâtres, denses, composés exclusivement de globules blancs dont le protoplasma renfermait beaucoup de micro-organismes englobés et déformés. Par injection d'une quantité notable de culture fraîche sur agar, dans la cavité abdominale d'un second lapin, on produisit la mort de l'animal en 24 heures, avec signes d'une grave infection hémorragique, et de la rate et du sang on obtint des cultures de microcoques, identiques à ceux des premières cultures.

H. BARTH.

Sur quatre nouvelles espèces de protées ou bacilles capsulés, par G. BANTI (*Lo Sperimentale, août* 1888).

Banti a découvert et caractérisé, par leur mode de culture et leurs effets sur les animaux, quatre micro-organismes qu'il décrit sous les noms de Proteus capsulatus septicus, Bacillus capsulatus septicus, Bacillus capsulatus pneumonicus, Bacillus capsulatus putrificus : il a rencontré chacun d'eux une fois dans les conditions indiquées par les dénominations qu'il leur donne. Ces quatre bactéries sont analogues au pneumocoque de Friedländer et au bacille du rhinosclérome et présentent entre elles de grandes ressemblances ; néanmoins, Banti les considère comme représentant réellement des espèces distinctes, douées chacune de propriétés pathogènes pour l'homme. GEORGES THIBIERGE.

Du streptococcus pyogenes dans la salive des sujets sains, par NETTER (*C. R. Soc. biologie*, 21 *juillet* 1888).

La salive de sujets sains peut, à l'état normal, renfermer le streptococcus pyogenes : ce micro-organisme y est plus fréquent que le microbe de Friedländer, plus rare que le pneumocoque de Frænkel. Chez le même sujet, des examens successifs peuvent montrer tantôt la présence, tantôt l'absence du micro-organisme. A l'état normal, l'homme supporte sans dommage ces hôtes dangereux ; mais ces conditions défavorables ne sont pas toujours réalisées, et l'infection par ces streptocoques pourra se manifester (angines graves accompagnées d'accidents généraux et quelquefois suivies de mort, bubons cervicaux, otites moyennes, complications de la scarlatine et de la diphtérie, etc.). PAUL LOYE.

Sur un microbe pyogène et septique et sur la vaccination contre ses effets. De la transfusion péritonéale et de l'immunité qu'elle confère, par J. HÉRICOURT et Ch. RICHET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 29 *octobre et* 5 *novembre* 1888).

Un micro-organisme, originaire d'une tumeur épithéliale non ulcérée,

a été cultivé et a donné un produit septique très virulent, capable de tuer un lapin, à la dose d'une ou deux gouttes, en moins de 24 heures, après avoir déterminé, au lieu d'injection, un énorme œdème gélatineux, transparent. On peut vacciner des lapins contre ce micro-organisme (dit *staphylococcus pyosepticus*) et préparer le vaccin soit par culture dans des bouillons moins propres au développement du microbe, soit en employant des cultures vieillies, etc., procédés qui rentrent tous dans les méthodes générales de Pasteur. Mais ce qu'il y a de nouveau dans ces expériences, c'est le fait de l'immunité consécutive à la transfusion péritonéale : c'est-à-dire qu'en faisant passer directement du sang de la carotide d'un chien dans le péritoine d'un lapin (environ 70 grammes de sang), on se trouve en présence de lapins qui, inoculés 36 heures après avec des cultures de *staphylococcus pyosepticus*, ont acquis une immunité remarquable vis-à-vis des effets de ce micro-organisme, immunité portant sur l'œdème, sur la fièvre, sur la survie. Il va sans dire qu'il s'agit de chiens précédemment inoculés avec le micro-organisme en question, puis absolument guéris. M. DUVAL.

De l'absorption du bacillus subtilis par les globules blancs. Contribution à l'étude des phagocytes, par E. GALLMAERTS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, novembre* 1887).

L'auteur confirme les observations de Metschnikoff sur le rôle des leucocytes dans la défense de l'organisme contre l'invasion des microbes. Il a mis de la lymphe de grenouille en présence du *bacillus subtilis*, et a suivi sous le microscope l'action des globules blancs. Les leucocytes saisissent les bacilles à l'aide de leurs pseudopodes et les incorporent. L'ingestion du bacille est très rapide et ne dure que quelques secondes. Un même leucocyte peut absorber jusqu'à 40 ou 60 bacilles. Plusieurs leucocytes peuvent se réunir pour englober une longue chaîne de bacilles; ils se séparent ensuite. Les bacilles injectés dans la lymphe chez l'animal vivant sont également absorbés par les leucocytes. L'auteur a expérimenté l'influence de la température, de l'oxygène et de l'acide carbonique sur la phagocytose, mais il ne donne pas les résultats qu'il a obtenus dans cette communication préalable; il se borne à indiquer la méthode expérimentale. F. H.

Ueber das Verhalten von pathogenen Mikroorganismen in den subcutan einzuspritzenden Flüssigkeiten (De la présence des microbes pathogènes dans le liquide des injections sous-cutanées), par P. FERRARI (*Centralbl. f. Bakter., IV, n° 24, p. 744*).

Les injections hypodermiques donnant lieu parfois à des infections locales et mêmes générales, l'auteur a cherché à se rendre compte de l'action des substances usitées pour ces injections sur les microbes pathogènes dépourvus de spores (staphylococcus pyogenes, aureus).

Il a expérimenté de la sorte l'eau distillée, la glycérine, l'éther, la teinture de musc, la cocaïne à 1/10, l'atropine à 1/100, la morphine à 1/200, 1/100 et 1/50, le bisulfate et le chlorhydrate de quinine à saturation. Il a trouvé que les microbes meurent dans l'éther, la teinture de musc et les solutions saturées de sels de quinine; dans la solution de cocaïne

à 1/10, ils sont encore vivants au bout de 2 heures ; dans la solution de morphine à 1/50, ils sont tués au bout de 24 heures ; dans la glycérine, ils vivent 6 jours en diminuant progressivement de nombre. Par contre, dans l'eau distillée et les solutions d'atropine et de morphine à 1 et 0,5 0/0, on les trouve non seulement vivants au bout d'une semaine, mais encore ils se multiplient tellement qu'en l'espace de 5 à 8 jours le nombre de leurs colonies devient incalculable.

En conséquence, l'auteur conseille de stériliser préalablement le liquide des injections hypodermiques et de n'employer pour cet usage que des solutions au degré maximum de concentration. DE SANTI.

Le bacille et la fermentation du jéquirity, par J. B. COLPI (*Il Morgagni, août* 1888).

L'inoculation aux animaux du sang d'animaux antérieurement empoisonnés par le jéquirity, ou du bacille du jéquirity obtenu par culture, ne produit aucun désordre fonctionnel chez les animaux. L'injection de l'infusion de jéquirity est, dans les mêmes conditions de doses, plus active quand l'infusion est de date plus ancienne et a été soumise à une température plus favorable aux fermentations. Les infusions de jéquirity préparées avec des solutions antifermentescibles sont inactives, quoique l'activité du principe actif du jéquirity ne soit pas altérée. De ces expériences, l'auteur conclut que le bacille du jéquirity n'est pas pathogène, que l'élément actif du jéquirity est représenté par le produit d'une fermentation spéciale qui débute exceptionnellement dans le grain et ordinairement dans l'infusion et à l'élaboration duquel les processus germinatifs ne sont pas nécessaires, enfin que le ferment est représenté par le bacille du jéquirity lequel n'est pas apporté par l'air au milieu fermentescible, mais se développe dans celui-ci et se nourrit de la graine en fermentation. GEORGES THIBIERGE.

Vaccination tuberculeuse du cobaye, par SOLLES (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 *octobre* 1888).

L'auteur ayant pris 3 cobayes, dont le père était mort de tuberculose expérimentale, a fait les deux expériences suivantes sur deux d'entre eux (deux femelles), le troisième servant de témoin général sain. Sur l'une des femelles, qui avait été soumise à des inoculations préventives destinées à la rendre réfractaire à la tuberculisation, on a pratiqué une injection d'un centimètre cube de culture tuberculeuse. On s'était servi, comme vaccin tuberculeux, de gélatine nutritive, dans laquelle avait vécu, jusqu'à épuisement complet, un organisme provenant d'une rate tuberculeuse. Cet animal est resté indemne, et 40 jours après l'inoculation sa santé est parfaite.

L'autre femelle, au contraire, qui n'avait pas été vaccinée, et qui a été inoculée le même jour et avec la même culture, est malade et se tuberculise ; elle présente, à l'endroit de l'inoculation, des gommes scrofulo-tuberculeuses en voie de ramollissement. OZENNE.

Sur le bacille prétendu cancéreux de Scheurlen, par BAUMGARTEN et J. ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 778, 17 *septembre* 1888).

Il résulte des recherches de contrôle faites par Baumgarten et Rosen-

thal, que le bacille signalé par Scheurlen n'est pas l'agent spécifique des productions cancéreuses.

C'est un micro-organisme très répandu et inoffensif, appartenant vraisemblablement au groupe des bacilles dits de la pomme de terre. On le rencontre entre autres sur la peau normale, spécialement sur le mamelon des femmes et des fillettes et l'on s'explique ainsi qu'il ait pu pénétrer dans les tissus morbides voisins. J. B.

I. — Ueber Transplantation von carcinomatoeser Haut (Greffe cutanée du cancer), par Eugen HAHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 413, 21 *mai* 1888).

II. — Demonstration der durch Impfung (Présentation de noyaux carcinomateux obtenus par inoculation), par WEHR (*XVIIe Cong. des chirurg. allem.*, *Cent. f. Chirurg.*, *n°* 24, 1888).

I. — Chez une femme qui présentait une récidive inopérable de cancer du sein, Hahn entreprit la transplantation de quelques nodosités cancéreuses.

Le 9 avril 1886, la femme étant chloroformée, on détacha, d'une part, trois fragments de la peau du côté gauche envahie par le cancer et, d'autre part, trois fragments de peau saine du côté droit de la poitrine; les premiers furent déposés sur les petites plaies résultant de l'excision de ceux-ci, et *vice versa* les fragments de peau saine furent mis à la place des fragments de peau cancéreuse. Pansement de gaze iodoformée qu'on renouvelle le 22 avril ; à cette date, on reconnaît que les six greffes ont réussi.

Le 19 mai, des granulations de la grosseur de grains de millet, très vascularisées, dures et brillantes, sont visibles sur deux des greffes placées sur le côté sain, près du bord de ces lambeaux. Le 2 juin, elles ont atteint les dimensions de pois ; en même temps se montre, en deux points de la troisième greffe, de la prolifération, de la vascularisation et une formation de granulations. Le 18 juin, les nodules cancéreux, ayant continué à grossir régulièrement, ont dépassé les limites des greffes et sont devenus rouge bleu foncé ; le 26, leur volume excède celui de noyaux de cerises. Le 30 juin, la malade succombe à des métastases viscérales.

A l'autopsie, carcinome du sein gauche, nodosités cancéreuses de la peau du côté droit du thorax ; cancer des deux plèvres et du foie.

L'examen histologique des petites tumeurs parties des greffes cancéreuses confirme leur nature maligne : globes épithéliaux au sein d'un stroma conjonctif. J. B.

II. — Wehr a pu inoculer des noyaux carcinomateux de chien à chien. Mais ces noyaux, après avoir augmenté de volume pendant cinq ou six semaines, cessent de croître, puis diminuent et même disparaissent. L'auteur ajoute en note que depuis le congrès 4 noyaux carcinomateux, au lieu de disparaître, ont continué à s'accroître. Ils ont atteint le volume d'un œuf, et les ganglions correspondants sont infiltrés. PIERRE DELBET.

Ricerche batteriologiche e sperimentali sul cancro (Recherches bactériologiques et expérimentales sur le cancer), par C. BARNABEI (*Archivio italiano di clin. med.*, *XXVII*, 1, *avril* 1888).

L'examen du suc cancéreux ou des fragments de tumeurs fait constater des *cocci* isolés ou réunis en *zooglées*, et quelques organismes répondant à ceux qu'ont décrits Schill et Scheurlen.

Des cultures ont permis de développer ces éléments et de faire reconnaître leurs caractères fondamentaux : tantôt le parasite se montrait sous la forme de spores, tantôt sous celle de bacilles; ces aspects variaient

d'ailleurs suivant le mode de culture employé, ce qui explique comment Scheurlen a décrit un bacille et Schill un bâtonnet à deux points.

Quand le parasite se présente sous sa forme parfaite, il est surtout constitué par un bacille; les spores n'apparaissent qu'après 34 ou 36 heures dans les cultures, et s'allongent peu à peu pour arriver, au bout de deux jours, au type parfait.

Des inoculations furent faites sur des lapins sans reproduire de véritables tumeurs, mais elles amenèrent un état cachectique, et la formation en divers points de nombreuses cellules nouvelles à forme épithélioïde, ayant une grande tendance à la destruction, ces diverses lésions s'accompagnant de la présence du parasite. A. SIREDEY.

Ueber die Ætioliogie des Carcinoms, par MAKARA (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 634, 1888).

Les recherches bactériologiques de l'auteur sur le carcinome n'ont donné que des résultats négatifs au point de vue de la spécificité.

Il a tenté de faire des cultures dans la gélatine, l'agar-agar, le sérum sanguin, avec le suc de 14 carcinomes et avec des fragments de leurs tissus. Les essais faits avec 9 cancers de la mamelle ont échoué; un cancer de la mamelle a fourni trois cultures dans lesquelles on a reconnu le staphylococcus pyogenes albus et deux variétés de saprophytes. Un cancer de la lèvre a fourni le staphylococcus pyogenes aureus; un cancer du rectum a donné des cocci blancs qui liquéfiaient la gélatine; d'un cancer de la lèvre est provenu un bacille allongé formant une membrane blanche à la surface de l'agar-agar et liquéfiant la gélatine.

Les corpuscules ovoïdes qu'on trouve dans le suc du cancer ne sont pas, comme Scheurlen l'admet, des spores, mais des cellules dégénérées, des débris de noyaux et de globules de graisse. On les trouve surtout dans le suc des tumeurs ulcérées.

Le micro-organisme spécifique du cancer n'est pas encore découvert.

L. GALLIARD.

Note sur deux cas de choléra nostras, par A. GILBERT et G. LION (*France médicale*, 10 *décembre* 1887).

Gilbert et Lion ont cherché, dans un cas de choléra nostras foudroyant, le bacille en virgule du choléra asiatique, mais, pas plus que Koch et que Cornil, ils n'ont pu en déceler la présence; ils n'ont pu davantage retrouver le bacille courbe observé par Finkler et Prior dans plusieurs cas de choléra nostras. Mais en examinant le contenu intestinal étalé sur des lamelles, desséché et coloré avec la fuchsine et avec le violet de gentiane, ils ont vu diverses bactéries parmi lesquelles prédominait d'une façon remarquable un bacille droit d'une longueur moyenne de 4 à 5 μ. Sur des coupes de l'iléon durci dans l'alcool absolu, colorées soit au violet de gentiane, soit au bleu de méthylène, ils ont retrouvé les mêmes organismes disséminés à la surface érodée de la muqueuse, plus rares dans les culs-de-sac glandulaires et surtout dans l'épaisseur de la muqueuse elle-même. Par des cultures sur plaques, ils ont isolé les différentes espèces bactériennes contenues dans l'intestin; or, le bacille droit formait la presque totalité des colonies; ensemencé par piqûre dans la gélatine, il la liquéfiait avec une grande rapidité; au bout de 24 heures,

il donnait naissance à une culture blanchâtre en forme de sac, et après 2 ou 3 jours il avait entièrement liquéfié les tubes ensemencés.

E. DESCHAMPS.

I. — Sur les variétés du bacille virgule de Koch, par ZÄSLEIN (*Rivista clinica e terap., juin* 1888).

II. — Contributo sperimentale del colera asiatico, par B. PERNICE et G. LIPARI (*Il Morgagni, juin* 1888).

I. — Le bacille virgule de Koch a subi en Europe diverses modifications. Les diverses variétés que l'on cultive diffèrent assez notablement du type primitif et qu'on retrouve sur les pièces récemment importées. Les bacilles se développent à une température plus basse, et leur évolution est plus rapide. Il en était ainsi dans les recherches faites au cours des épidémies récentes de Gênes, Naples, Palerme. Les cultures faites dans les laboratoires montrent qu'un bacille qui a présenté d'une manière précise pendant des mois l'évolution décrite par Koch, se modifie plus tard au milieu des mêmes substances. Toutes ces modifications se font peu à peu et d'une manière régulière, mais par une sélection artificielle.

A. SIREDEY.

II. — A l'examen microscopique, Pernice et Lipari n'ont trouvé le bacille cholérique ni dans le sang du cœur, ni dans celui du foie ou des veines mésentériques. Au moyen des cultures, ils l'ont trouvé d'une manière inconstante dans le sang du cœur, dans la vésicule biliaire, dans le péritoine, mais n'ont pu le trouver ni dans le foie, ni dans la rate, la plèvre, le péricarde ou le liquide céphalo-rachidien. Les inoculations faites aux animaux dans les veines ou dans le péritoine avec le sérum du sang humain ou avec le sang du cobaye ne provoquent généralement pas d'accidents graves, et déterminent seulement dans quelques cas un abaissement de température et de l'abattement. Des accidents plus graves ont été observés après l'injection intraduodénale chez le cobaye de matières fécales de cholériques, les animaux ayant auparavant reçu une injection intra-péritonéale de teinture d'opium. Lorsque les matières fécales étaient préalablement stérilisées, les accidents généraux étaient nuls ou beaucoup moins prononcés.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Sur la vaccination préventive du choléra asiatique, par GAMALEIA (*Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 34, 21 *août* 1888).

II. — Virus et vaccin cholériques, par W. LŒWENTHAL (*Semaine médicale*, 21 *août* 1888).

I. — Après avoir rappelé les tentatives infructueuses d'inoculation du choléra aux animaux, ce que l'on attribuait à la virulence minime des cultures ordinaires du vibrion cholérique, Gamaleia démontre que ce vibrion peut être doué d'une virulence extrême ; pour cela il faut le porter sur un pigeon après un passage par le cobaye, il tue alors les pigeons en leur produisant un choléra sec. En examinant le sang de ces animaux, on y trouve le microbe, qui, après quelques autres passages, acquiert une telle virulence qu'une ou deux gouttes de sang tue les pigeons et les cobayes dans l'espace de 8 à 12 heures.

Mais avec ce virus absolument mortel, Gamaleia a pu constater l'exis-

tence d'une immunité cholérique. Ainsi, un pigeon qui avait été inoculé deux fois avec une culture ordinaire (non virulente) du choléra, est devenu réfractaire à l'infection réitérée par ce virus le plus virulent, le sang des pigeons de passage.

Si l'on cultive ce virus dans un bouillon nutritif et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120° pendant 20 minutes, pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate alors que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée.

Or, l'inoculation de cette substance toxique agit de deux façons, suivant la dose d'introduction; 4 à 6 centimètres cubes chez un cobaye et 12 centimètres cubes chez un lapin, inoculés d'un coup, les tuent en 24 heures. Si, au contraire, cette inoculation est faite en 4 ou 5 jours par doses fractionnées, elle les rend réfractaires au choléra. Il résulte de ces expériences, dit l'auteur, que nous sommes en possession d'une *méthode de vaccination préventive du choléra sûre et sans danger* (?).

OZENNE.

II. — Lœwenthal a réussi à rendre, au bacille virgule qui l'a perdu, son pouvoir toxique à la suite de cultures successives sur la gélatine ; il reporte, pour cela, le bacille sur une pâte composée de viande, suc pancréatique, farine légumineuse, etc.

Cette nouvelle culture sur pâte préparée avec un bacille non toxigène, est certainement virulente ; le bacille a donc récupéré son pouvoir toxique. A. C.

De la bactériologie de l'érysipèle, par MËËROVITCH (*Inaug. Diss. Saint-Pétersbourg*, 1887).

Étude très complète du microbe de l'érysipèle. Les recherches ont porté sur 31 cas d'érysipèle traumatique ou spontané, examens de fragments de peau, sérum, sang, etc.

La peau, au niveau des parties malades, contient toujours une grande quantité de streptococcus caractéristique ; de même le sérum des bulles érysipélateuses. Dans les cas graves et mortels, 3 fois sur 22 cas, Mëërovitch a trouvé le streptococcus, en petit nombre, il est vrai, dans le sang pris au doigt. Chez les sujets qui ont succombé, les organes viscéraux en contiennent toujours.

Suit une description du microbe et de ses modalités morphologiques et microbiologiques.

Les expériences de contrôle faites avec le pneumocoque de Friedländer, le staphylocoque aureus, injectés à trente lapins n'ont jamais amené d'érysipèle. Par contre, l'inoculation de culture pure de streptococcus a déterminé chez quarante-quatre lapins sur soixante-deux, l'érysipèle type. A. C.

Sur un nouveau bacille pathogène isolé de l'impetigo contagiosa avec infection hémorragique, par G. TIZZONI et GIOVANNINI (*La Riforma medica*, 29 *août* 1888).

Chez une enfant qui, huit jours après une éruption d'impétigo contagiosa du cuir chevelu, fut prise de fièvre avec œdèmes puis d'hémorragies multiples (otorragies, entérorragies, taches de purpura, phlyctènes sanguinolentes). Les auteurs ont trouvé à l'autopsie une dégénérescence graisseuse aiguë du foie et une néphrite aiguë. Les cultures faites avec une tache hémorragique

de la peau ont donné le staphylococcus pyogenes aureus ; les lésions plus avancées de la peau, le foie et le sang ont donné un bacille non encore décrit, doué de mouvements propres, se colorant bien par les couleurs d'aniline, formant ordinairement des groupes de 8, 10, 15 bacilles, dépourvu de spores, se cultivant dans le bouillon, formant sur l'agar des colonies rondes blanchâtres et légèrement relevées à leur partie centrale, et sur la gélatine un nuage de petits points sphériques et blanchâtres analogues à ceux formés par le streptocoque ; l'injection sous-cutanée de cultures de ce bacille produit chez les animaux un abaissement de température et de fortes contractures des membres postérieurs, la mort survient après des convulsions très intenses, et on trouve à l'autopsie une néphrite aiguë et des hémorragies punctiformes multiples. Les auteurs concluent de ces recherches qu'ils ont eu affaire à une double infection par le staphylococcus aureus et un bacille spécial auxquels les lésions impétigineuses ont servi de porte d'entrée et de premier terrain de culture. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Noma, par WORONICHIN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXVI, Heft 2*).

Woronichin, après avoir exposé l'opinion de différents auteurs sur l'origine du noma, se rallie a celle qui attribue cette lésion à un trouble d'origine nerveuse. Après avoir résumé les expériences de Magendie, de Claude Bernard et des autres auteurs sur la section du trijumeau, il expose celles qu'il a faites sur un chien et sur un lapin.

Le 19 janvier 1886, il reséqua à un chien, à gauche, 1 1/2 centimètre du nerf sous-orbitaire, du côté de la muqueuse. Le lendemain de l'opération le chien est bien remis; par suite de la perte de la sensibilité de la lèvre gauche, il se lèche constamment. Le 6e jour après l'opération, la lèvre commence à se couvrir d'ulcérations vis-à-vis de la dent; celles-ci sont assez profondes et assez nombreuses.

L'apparition des ulcérations peut s'expliquer par le traumatisme exercé par la dent sur la lèvre qui a perdu sa sensibilité.

Le 28 janvier, on fit à un lapin une incision par laquelle on excisa 1 centimètre du nerf maxillaire supérieur; le 30 janvier, il se forma sur la lèvre supérieure, vis-à-vis d'une dent, une ulcération qui guérit bientôt, probablement par suite de la réunion des deux bouts du nerf sectionné. Le 20 février on reséqua, de l'autre côté, 1 centimètre du même nerf; trois jours après l'opération, il y avait une ulcération.

L'auteur expose ensuite les cas de noma qui ont été observés à l'hôpital Elisabeh de 1870 à 1886. Ils sont au nombre de 22; il y eut trois cas de guérison : dans le premier, on employa le permanganate de potasse à l'extérieur; dans le second, le pansement de Lister; dans le troisième, le bismuth et la résorcine. Il n'y a pas, pour Woronichin, de traitement externe donnant des résultats vraiment sérieux.

Le noma s'est montré, après la rougeole (8 fois), la scarlatine, la coqueluche, la pneumonie, le typhus, la pneumonie catarrhale, la stomatite ulcéreuse (1 fois), l'ecthyma cachectique. Il s'est développé le plus souvent à droite; c'est à l'âge de 3 ans qu'on a observé le plus de cas de noma. BARBE.

Ueber die Ursachen der Furunkel (De l'étiologie du furoncle), par SCHIMMELBUSCH (*Arch. f. Ohrenheilk.*, *p.* 252, 1889).

L'auteur, après avoir constaté la présence constante du staphylococcus

dans le pus des furoncles, a cherché à reproduire la maladie par l'inoculation du liquide contenant des cultures de ce microbe. Or, le simple dépôt de ce liquide sur la peau saine ou artificiellement et superficiellement excoriée n'était pas suivi du développement de furoncles.

Il s'en produisait, au contraire, quand la peau avait été frictionnée quelque temps avec un corps dur trempé dans ce même liquide, mais sans qu'elle eût été pour cela entamée.

Des coupes pratiquées sur des îlots de peau ainsi frictionnés ayant été soumises à l'examen microscopique, après coloration au picrocarmin, Schimmelbusch a pu voir des traînées de staphylocoques dans les follicules pileux où ils avaient été poussés par l'effet du frottement et où ils étaient ultérieurement descendus par l'effet de leur multiplication dans un espace resserré. En revanche, les glandes sudoripares n'en renfermaient pas traces. LUC.

Contribution à l'étude de la diphtérie, par E. ROUX et A. YERSIN (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p.* 629, 1888).

Le très important mémoire de Roux et Yersin jette une vive lumière sur toute l'histoire de la diphtérie. Il confirme l'existence du bacille décrit comme spécifique par Klebs, puis par Lœffler, et en montre les propriétés pathogènes. Mais, de plus, les auteurs ont pu reproduire expérimentalement les paralysies diphtéritiques, et isoler des cultures un poison qui, selon les doses auxquelles on l'injecte, tue rapidement les animaux, ou leur donne des paralysies sans l'intervention de microbes vivants.

Le bacille de la diphtérie se cultive très bien à 33° sur le sérum coagulé, plus lentement sur la gélose, sous forme de petites taches blanches plus épaisses au centre. Il se montre à peu près de la longueur du bacille de Koch, mais plus épais ; ses extrémités arrondies prennent plus fortement la couleur que la partie moyenne. Il est immobile.

Il pousse abondamment dans les milieux liquides, et en particulier dans le bouillon de veau légèrement alcalin. Après quelques jours de culture, ce bouillon devient acide, surtout quand il a été glycériné.

Le bacille se conserve longtemps sur le sérum et dans les bouillons, soit à l'étuve, soit à la température ordinaire (pendant plus de six mois).

L'inoculation des cultures pures sur les muqueuses externes des lapins, cobayes, pigeons, poules, réussit très bien à reproduire les fausses membranes, parfois même les symptômes et lésions du croup (chez le lapin).

L'inoculation sous cutanée tue les pigeons, même avec des doses inférieures à 1/2 centimètre cube, mais les laisse survivre le plus souvent avec 1/5 de centimètre cube. Les lapins meurent avec une dose de 2 à 4 centimètres cubes ; les cobayes succombent à des doses très faibles.

L'injection intra-veineuse de 1 centimètre cube tue les lapins en moins de 60 heures, contrairement aux résultats de Lœffler. L'inoculation dans le péritoine tue les cobayes moins rapidement que l'injection sous-cutanée.

Les cultures anciennes ne subissent pas d'atténuation, à proprement parler, et reprennent toute leur activité pour peu qu'on les rajeunisse.

L'organisme pathogène n'existe que dans les fausses membranes, et ne

se trouve que très accidentellement dans le sang et les organes, où il ne pullule pas.

Des paralysies s'observent chez les animaux inoculés soit dans la trachée, soit sous la peau, et très fréquemment même, quand il n'y a pas mort par intoxication trop rapide. De même, après les injections intraveineuses. On peut ainsi voir évoluer chez le lapin les types les plus francs de paralysie diphtéritique des membres, du tronc, du cou, du larynx.

Or, les cultures dans du bouillon de veau, filtrées sur porcelaine et absolument privées de tous microbes, contiennent un poison spécifique. Si on injecte une forte dose de ces cultures, 35 centimètres cubes, par exemple, dans les veines d'un lapin, les symptômes paralytiques se montrent vers le quatrième ou cinquième jour, s'étendent et s'aggravent plus ou moins, peuvent se généraliser et entraîner la mort par arrêt de la respiration.

Dans les cultures plus anciennes, le poison diphtéritique est plus abondant et les effets de l'injection du liquide filtré sont plus rapides. La maladie, symptômes et lésions, est donnée aussi sûrement par l'injection du poison que par l'inoculation du bacille ; seule, la fausse membrane fait défaut.

Les animaux qui, comme les souris et les rats, ne deviennent pas malades quand on leur inocule sous la peau de grandes quantités de bacilles de Klebs, montrent aussi une remarquable résistance vis-à-vis du poison diphtéritique.

Le poison diphtéritique perd beaucoup de son activité par l'action de la chaleur ou l'exposition prolongée à l'air et à la lumière ; il semble ainsi se rapprocher des diastases.

De tout ce qui précède, les auteurs tirent une série de déductions prophylactiques, puis ils terminent, par le compte rendu de leurs observations cliniques et de leurs expériences, ce mémoire dont la courte analyse qui précède suffit à peine à montrer l'importance capitale. A. CHAUFFARD.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

I. — Das Verhalten der Eiweisskörper des Blutserums gegen Salze (Action des sels sur les albuminoïdes du sérum), par S. LEWITH (*Arch. f. experim. Path. und Pharm.*, *XXIV*, *fasc.* 1 *et* 2, *p.* 1).

II. — Zur Lehre von der Wirkung der Salze (Contribution à l'étude de l'action des sels), par Fr. HOFMEISTER (*Ibidem, XXIV, Heft* 4 *et* 5, *p.* 247, 1888).

I. — Lewith, en faisant agir des solutions titrées de divers sels alcalins et terreux sur du sérum dont la richesse en albumine était connue, montre que la plupart de ces sels déterminent la précipitation plus ou moins complète de la globuline du sérum et que le sulfate d'ammoniaque et l'acétate de potasse sont seuls susceptibles de précipiter, en

totalité, les albumines du sérum. La globuline n'est précipitée, en totalité, que par le sulfate d'ammoniaque, le sulfate de magnésie et l'acétate de potasse.

Le pouvoir précipitant des sels, rapporté à la quantité de ces sels nécessaire pour déterminer, dans 100 cc. de liquide albumineux, un commencement de précipitation de la globuline, est très variable d'un sel à l'autre. Sous ce rapport, les sulfates semblent se placer en tête, puis les acétates, les chlorures, les nitrates. Dans tous les cas, c'est toujours la globuline qui est précipitée en première ligne. La précipitation de la sérine, lorsque ce résultat peut être atteint, exige une concentration plus grande.

II. — Les expériences de Lewith font naître l'idée d'un parallélisme possible entre le pouvoir précipitant des sels alcalins et terreux sur les albuminoïdes et leur pouvoir diffusible et diurétique. Hofmeister cherche à compléter les recherches de Lewith en les étendant à un plus grand nombre de sels. Il détermine la concentration minimum d'une solution saline, nécessaire pour produire un commencement de précipitation du blanc d'œuf.

Il résulte en première ligne de ces recherches que, pour un même sel, la concentration nécessaire pour précipiter le blanc d'œuf est sensiblement la même que pour la globuline du sérum. Ce pouvoir précipitant d'un sel, à concentration constante, sur une espèce albuminoïde, semble donc spécifique tout comme la solubilité d'une substance cristalline dans un liquide donné.

Ces recherches montrent, en outre, que le pouvoir précipitant dépend à la fois et de l'acide et de la base du sel, et que le parallélisme signalé plus haut existe réellement. WINTER.

Ueber die gerinnungserregende Wirkung gewisser Blutgifte (Coagulation du sang sous l'influence de certains poisons), par Oscar SILBERMANN (*Centralbl. f. d. med. W., p.* 305, 1888).

Du sang défibriné d'animaux empoisonnés par des poisons qui dissolvent les globules (chlorate de soude, glycérine, acide pyrogallique, etc.) est injecté à des animaux sains, ou préalablement empoisonnés eux-mêmes. On trouve chez eux des thromboses étendues, mortelles; elles ne se produisent pas dans la transfusion directe de vaisseau à vaisseau.

Chez les animaux empoisonnés, on trouve de même des thromboses un peu partout, constatables pendant la vie (cœur, poumons, reins, estomac, foie, intestin, peau, etc.).

L'arsenic et le phosphore agissent de la même façon que le chlorate de potasse et sont aussi des poisons du sang. A. MATHIEU.

Können von der Schleimhaut des Magens auch Bromide und Iodide zerlegt werden (La muqueuse de l'estomac est-elle capable de décomposer les bromures et les iodures), par DRECHSEL (*Zeitschr. f. Biol., XXV, p.* 396, 1888).

Drechsel montre l'insuffisance des preuves qui ont été mises en avant à l'appui d'une décomposition des bromures et des iodures à l'intérieur de l'estomac. La formation d'iodure ou de bromure de quinine dans un liquide auquel on ajoute des iodures ou des bromures alcalins, plus de la

quinine, ne prouve nullement la préexistence de l'acide iodhydrique ou de l'acide bromhydrique. LÉON FREDERICQ.

De l'action solidaire et corrélative des antithermiques et antipyrétiques sur le système nerveux et, en particulier, sur les centres sensitifs. Déduction relative au siège organique de la fonction thermogène. Étude de synthèse physiologique, par LABORDE (*C. R. Soc. de biologie*, 12 *mai* 1888).

Laborde, d'accord en cela avec Lépine, affirme que tout antithermique vrai est un analgésique. L'action des antithermiques s'exerce positivement et d'une façon prédominante sur les centres de réception et de perception sensitives. Laborde en conclut qu'il y a confusion apparente au moins entre les centres de sensibilité et les centres de production ou de répartition calorifique. Les troubles trophiques étant, d'autre part, intimement associés aux troubles sensitifs, il s'ensuit que les phénomènes thermiques, trophiques et de sensibilité constituent, au point de vue fonctionnel, trois termes corrélatifs et solidaires. Il semble que ce soient les centres cérébraux qui aient dans leurs attributions la production de la chaleur animale. PAUL LOYE.

Sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue, par A. GAUTIER et L. MOURGUES (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *octobre et* 5 *novembre* 1888).

Les huiles de foie de morue fauves contiennent un demi-millième environ de leur poids d'un mélange de six alcaloïdes, véritables leucomaïnes, dissoutes par les corps gras. De ces alcaloïdes, quatre sont volatils (butylamine, amylamine, hexylamine, hydrométhylpyridine) et deux se présentent comme des bases fixes, ce sont : l'*aselline* (*Asellus major*, nom zoologique de la grande morue), qui existe en très faible quantité et paraît très peu active, et la *morrhuine*, qui forme le tiers de la totalité des bases de l'huile de foie de morue. Cette morrhuine présente des propriétés diaphorétiques et surtout diurétiques très remarquables : elle est en même temps excitante de la nutrition. M. D.

Ueber die Wirkung der schwefligen Säure (Effets de l'acide sulfureux), par H. von WYSS (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentliches Sanitætswesen*, *nouv. série, XLIX*, *p.* 335, *octobre* 1888).

Wyss a étudié les effets sur l'organisme non du gaz sulfureux, comme on l'a fait jusqu'ici, mais de l'acide en dissolution aqueuse. L'avantage d'expérimenter ainsi, c'est qu'on évite les phénomènes d'irritation des voies respiratoires qui masquent par leur prédominance les autres effets du toxique. Voici les résultats auxquels Wyss est arrivé :

1° L'acide sulfureux en solution aqueuse a une action très énergique, analogue à celle des acides minéraux forts, sur le protoplasma vivant (infusoires), sur les nerfs et les muscles qu'il tue quand il est suffisamment concentré. Cette action de l'acide sulfureux dépasse en énergie celle de l'acide sulfurique, au même degré de dilution.

2° Mis en contact avec le sang, l'acide sulfureux ne tarde pas à s'oxyder en acide sulfurique, tandis que ce n'est pas le cas quand il se trouve en présence de substances albuminoïdes seules.

3° Chez les animaux à sang chaud, l'acide sulfureux dissous, injecté

dans les veines, amène la mort au milieu d'une dyspnée intense et d'une paralysie du cœur, et, cela également, à une concentration moindre que l'acide sulfurique.

Le sulfite neutre de soude, qui est aussi toxique pour les grenouilles, est inoffensif pour les lapins.

Malgré le mode différent d'expérimentation, Wyss est donc parvenu à des résultats très semblables à ceux de Ogata (*Arch. f. Hygiene* II.)

J. B.

Applications thérapeutiques de l'iodol administré à l'intérieur par D. CERVESATO (*Lo Sperimentale, septembre* 1888).

L'action de l'iodol est généralement comparable à celle des autres composés iodiques. Il est bien toléré, et à la dose de 1 à 3 grammes ne produit aucun désordre gastro-intestinal et presque jamais de phénomènes d'iodisme, même quand on en prolonge longtemps l'usage : une seule fois sur 26 cas, il y a eu un léger acné de la face. L'iodol est donc bien préférable à l'iodure de potassium.

L'auteur l'a employé avec succès dans la scrofule et dans les catarrhes bronchiques ; il a tiré de grands avantages des inhalations d'iodol dans les laryngites catarrhales aiguës et chroniques. GEORGES THIBIERGE.

Rohe Schwefel-Carbolsäure als Desinfectionsmittel (Acide sulfo-phénique brut comme désinfectant), par E. LAPLACE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 7, *p.* 122, 1888).

L'acide phénique pur en solution dans 50 parties d'eau (solution à 2 0/0) n'a aucune influence sur les spores du charbon. L'auteur a trouvé un mélange dont la solution aqueuse à 4 0/0 détruit en 48 heures les spores de charbon et dont la solution à 2 0/0 les détruit en 72 heures. C'est un mélange à parties égales d'acide sulfurique et d'acide phénique brut (25 0/0). On obtient en le chauffant et en le laissant ensuite refroidir une masse sirupeuse, noire, homogène qui se dissout très bien dans l'eau. L. GALLIARD.

I. — Le sulfonal, nouvel hypnotique, par G. ALGERI (*La Riforma medica*, 8 *octobre* 1887).

II. — Du sulfonal, par MAIRET (*Bull. méd.*, 24 *février* 1889).

I. — Algeri a employé le sulfonal à la dose de 1gr,50 à 4 grammes en cachets ou en suspension dans l'eau dans diverses formes d'aliénation mentale (manie, mélancolie, hypochondrie, alcoolisme, etc.), et a obtenu un sommeil calme, d'une durée de 2 à 5 heures et plus, sans troubles circulatoires ou respiratoires et sans produire d'accidents gastriques; quelquefois le sommeil est tardif, et il faut pour l'obtenir renouveler la dose; en pareil cas, les effets du médicament se prolongent quelquefois le jour suivant (somnolence, sensation de lassitude). GEORGES THIBIERGE.

II. — Administré à doses physiologiques à des animaux, le sulfonal produit des troubles musculaires (phénomènes de titubation, état parétique des membres) et un sommeil plus ou moins profond, suivant les doses. Ce corps n'a aucune action sur la circulation, la respiration, la température et la nutrition.

A dose toxique, il donne lieu à des convulsions, à de l'hyperexcitabilité suivie d'un profond coma aboutissant au bout de quelques heures à la mort.

A l'autopsie, on trouve des lésions congestives des reins et des enveloppes du système nerveux.

Chez l'homme sain, on observe ces mêmes troubles musculaires; mais le sommeil peut arriver avant qu'ils ne se manifestent. L'absorption de ce médicament est très lente; l'élimination se fait également lentement. Il ne semble pas y avoir accoutumance au sulfonal, même après un emploi prolongé. A. C.

Cobalto-nitrite of potassium, par ROOSEVELT (*N. York med. journ.*, *p.* 197, 25 *août* 1888).

En faisant agir une solution de nitrate de potassium sur un sel de cobalt acidulé par l'acide acétique, on obtient un composé cristallin dont la couleur varie du jaune clair à l'olive et qui a pour formule $C^2o(No^2)^{12}Ko+{}^2A^9$; le cobalto-nitrite de potassium.

L'auteur pense que ce sel, relativement insoluble et très stable, peut agir mieux que la nitro-glycérine, le nitrite d'amyle, le nitrite de sodium, les nitrites en général, dans les cas où l'on désire diminuer la tension artérielle.

La dose à employer est d'un demi-grain toutes les deux heures.

Dans deux cas d'urémie avec haute tension artérielle et dyspnée, le résultat a été meilleur que celui qu'on a obtenu avec la nitro-glycérine. Dans un autre cas d'urémie, insuccès complet, et même vomissements à la suite de l'ingestion du médicament.

Chez un emphysémateux avec accès d'asthme sérieux, le médicament a fait disparaître la dyspnée sans causer de céphalalgie comme la nitroglycérine qui, elle aussi, avait eu une influence favorable sur les troubles respiratoires.

Chez un cardiaque, on a obtenu l'abaissement de la tension artérielle, mais pas d'amélioration des phénomènes pathologiques.

L'effet du remède se manifeste en général au bout d'un quart d'heure.

L'expérimentation chez les animaux n'a pas fourni de résultat sérieux.

L. GALLIARD.

Ueber einige Ether der Salicylsäure und ihr Verhalten im Organismus (De quelques éthers de l'acide salicylique. Leur façon de se comporter dans l'organisme), par M. LESNIK (*Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, *XXIV*, *Heft* 3, *p.* 167).

Ether naphtyl salicylique α *et* β. — Ces éthers sont obtenus par l'action de l'acide salicylique sur les Naphtols α et β en présence de l'oxychlorure de phosphore.

Introduits dans l'organisme, ils sont éliminés à l'état d'acide naphtolglycuronique et d'un acide particulier dont la composition correspond à celle de l'acide salicylurique + $C^3 H^4 O$. La constitution de ce dernier acide n'a pu être définitivement établie. —(Pour la recherche de ces corps dans l'urine, voir le texte).

Salol. — L'auteur a étudié l'action de la salive, du suc gastrique et

des bactéries de la putréfaction sur le salol. Ces divers agents dédoublent le salol en phénol et acide salicylique.

Une autre conséquence résulte de ces recherches. C'est que le pouvoir entiseptique du salol est bien inférieur à celui du phénol et de l'acide salicylique. WINTER.

Ueber die Wirkung des Chinotoxins auf den Organismus (De l'action de la quinotoxine (sulfate de diméthyldiquinolyline) sur l'organisme), par G. HOPPE-SEYLER (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm., XXIV, Heft* 4 *et* 5, *p.* 241).

La quinotoxine paralyse directement les terminaisons périphériques des nerfs moteurs. Les troncs nerveux et les muscles ne sont pas atteints. Sous l'influence de doses fortes, les animaux à sang chaud meurent par paralysie des muscles respiratoires.

Le cœur n'est pas directement atteint.

La quinotoxine semble produire une action irritante sur les muscles intestinaux et sur la vessie. Elle stimule la sécrétion salivaire. L'ensemble des manifestations d'intoxication rappelle donc à un très haut degré l'action du curare. La quinoléine ne produisant nullement, dans ses effets, un tableau semblable, cette action de la quinotoxine semble devoir être attribuée aux groupes méthyle qu'elle renferme. L'auteur propose de substituer la quinotoxine au curare, dont elle possède les propriétés et qui n'est pas aussi facile à doser. WINTER.

Ueber Anthrarobin und Chrysarobin (Sur l'anthrarobine et la chrysarobine), par Th. WEYL (*Arch. f. die gesammte Physiol., XLIII, p.* 367).

L'anthrarobine dérive de l'alizarine. La chrysarobine existe dans la poudre de Goa, dans les racines de rhubarbe : elle s'obtient par l'oxydation de l'acide chrysophanique ; les deux substances appartiennent aux dérivés oxygénés du méthylanthracène et se rapprochent de l'alizarine qui est une dioxyanthraquinone. La chrysarobine, administrée à petites doses à l'intérieur, agit comme un poison et provoque des vomissements, de la diarrhée et de l'albuminurie. Au contraire, l'anthrarobine n'est pas toxique, même à fortes doses. On la retrouve dans les urines, inaltérée pour la plus grande partie, oxydée pour une petite portion, à l'état d'alizarine. DASTRE.

I. — Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine, par HÉNOCQUE (*C. R. Soc. biologie*, 7 *janvier* 1888).

II. — Antipyrin as an analgesic, par EGAN (*New York med. Record, p.* 477, *octobre* 1888).

III. — Ueber Antipyrin in subcutaner Injection, par Julius HESS (*Berlin. klin. Woch., n°* 39, *p.* 793, 24 *septembre* 1888).

IV. — Nebenwirkung des Antipyrins (Contribution aux effets accessoires de l'antipyrine), par F. BRANDENBERG (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 19, *p.* 611, 1er *octobre* 1888).

V. — Ueber toxische Nebenwirkungen des Antipyrin (Effets accessoires toxiques de l'antipyrine), par Hermann MÜLLER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 22, *p.* 681, 15 *novembre* 1888).

VI. — Accidents dus à l'antipyrine, par E. RAPIN (*Revue méd. Suisse romande, VIII*, 687, *novembre* 1888).

I. — L'antipyrine produit l'hémostase à la fois par constriction vasculaire, par rétraction des tissus et par action directe sur le sang, c'est-à-dire par la coagulation. On peut l'employer, sur les surfaces saignantes, soit à l'état de poudre, soit à l'état de solution, soit en pommade, soit à l'état de mélange avec un tissu. PAUL LOYE.

II. — Egan a guéri par l'antipyrine une sciatique, quatre migraines, trois dysménorrhées douloureuses, un cas de pseudo-angine de poitrine, un cas de névralgie intercostale, un cas de névralgie de l'oreille, un cas de rhumatisme musculaire chronique et un cas de gastralgie.

Pas d'accident, sauf chez un enfant de quatre ans qui, par deux doses de quatre grains chacune, fut pris de vomissements qui durèrent huit heures. P. DUFLOCQ.

III. — Hess a pratiqué des injections sous-cutanées profondes, souvent intramusculaires, avec une solution d'antipyrine à 50 0/0, dans 7 cas de rhumatisme musculaire, 6 cas de névralgies, 1 d'ataxie locomotrice et 1 de goutte. Il conclut :

L'antipyrine, en injections sous-cutanées, calme rapidement les douleurs, en général, au bout de 1 à 2 minutes ; elle n'échoue guère que dans les névralgies hystériques invétérées. Elle calme même les douleurs d'origine centrale (ataxie) et celles de la goutte.

La durée de son action est variable ; elle paraît le plus prolongée dans le rhumatisme musculaire, tandis qu'elle est brève dans les névralgies.

Les injections sont presque toujours très douloureuses, et sans donner lieu à des accidents inquiétants sont souvent suivies de phénomènes accessoires désagréables (*R. S. M.*, XXXI, 82). J. B.

IV. — Chez un rhumatisant aigu, qui ne tolérait pas le salicylate de soude, Brandenberg recourut à des paquets d'antipyrine de 1 gramme. 5 minutes après l'ingestion de la première prise, l'homme fut brusquement pris de douleurs dans toutes les dents de la mâchoire inférieure, de céphalalgie, d'élancements en arrière et à l'intérieur des oreilles, sans bourdonnements, enfin d'hypersécrétion des muqueuses oculaire et nasale.

Les troubles cessèrent dans l'ordre inverse de leur apparition, et l'odontalgie persista 3 ou 4 heures.

Pour s'assurer que les accidents tenaient bien à l'antipyrine, le malade consentit à en reprendre cinquante centigrammes. Au bout de 10 minutes tous les symptômes ci-dessus se produisirent de nouveau.

Les douleurs articulaires avaient à peu près entièrement disparu, mais l'odontalgie persista plus de 12 heures. J. B.

V. — Müller a observé comme Laache (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1886, VII), A. Fraenkel (*Deutsche med. Woch.*, 1886, nos 43 et 44) et Daniel Bernouilli (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte* 1887, p. 357) un cas d'effet paradoxal de l'antipyrine, c'est-à-dire dans lequel l'antipyrine administrée comme antifébrile a provoqué, et cela à plusieurs reprises, un accès de fièvre.

Il s'agit d'une fillette de 10 ans atteinte de rhumatisme articulaire aigu contre lequel 66 grammes de salicylate de soude s'étaient montrés entièrement impuissants. Müller prescrivit alors de l'antipyrine par prises de $0^{m},75$, qui fut pleinement efficace, mais chaque prise de ce médicament fut suivie des accidents suivants : nausées, étourdissements, chaleur à la tête,

douleurs mordicantes partant de la poitrine 2 minutes après l'ingestion de l'antipyrine et se répandant dans tout le corps ; oppression, violent frisson, avec cyanose de la face, injection et saillie des yeux, élévation considérable de la température, perte de connaissance, extrême fréquence du pouls ; état stertoreux ; retour graduel de la connaissance avec soif inextinguible, vomissement de toutes les boissons prises, diarrhée extrêmement fétide ; vives douleurs dans la poitrine qui persistent plusieurs heures ; dilatation aiguë du cœur.

Aucune de ces crises ne s'accompagna d'exanthème.

Müller rappelle que d'autres fébrifuges peuvent donner lieu à de véritables accès de fièvre. Hahnemann en 1790, Bretonneau (1833), Tomaselli (*R. S. M.*, V, 644), Karamitas Antoniades (1879) Leichtenstern (1884) et Herrlich (1885) en ont cité des exemples pour la quinine; Lürman (*Berlin. klin. Woch.*, 1876, n° 33), M. Baruch (*R. S. M.*, XXII, 495) et Erb (*Berlin. klin. Woch*, 1884, n° 29) pour l'acide salicylique et le salicylate de soude. J. B.

VI. — Fille âgée de 28 ans atteinte de sciatique et ayant déjà, sans inconvénient, pris 4 fois, à intervalles de quelques jours, un gramme d'antipyrine. Le jour où elle reprit ce médicament à la même dose, elle ressentit immédiatement une vive brûlure dans l'estomac ; en même temps, elle avait des vomissements et était plongée dans un collapsus tel qu'on la crut morte. Le pouls était petit et rapide ; la cyanose, d'abord limitée aux lèvres, s'étendit aux joues et toute la surface du corps devint le siège d'une éruption avec vives démangeaisons. Le lendemain tout était rentré dans l'ordre. Rapin s'est assuré sur lui-même et sur d'autres malades de la pureté de cette antipyrine. J. B.

Azione biologica dell' antisepsina o paramonobromoacetanilide, par V. CHIRONE
(*Il Morgagni, octobre et novembre* 1888).

A doses thérapeutiques, l'antisepsine produit des étourdissements, de la mydriase interrompue de temps à autre par un rétrécissement passager de la pupille, une légère élévation de la température périphérique avec abaissement de la température centrale, diminution du nombre et augmentation de la profondeur des mouvements respiratoires suivies de l'augmentation de leur nombre et de la diminution de leur énergie, augmentation du nombre et de l'énergie des battements du cœur, augmentation considérable de la sécrétion urinaire, augmentation du poids de l'animal.

A doses toxiques, elle produit une stupeur intense, de la mydriase alternant quelquefois avec du myosis, des tremblements intenses, des horripilations accompagnées de contractions de quelques groupes musculaires, des crampes, un abaissement progressif de la température périphérique et centrale, le ralentissement du cœur avec augmentation de son énergie, la diminution du chiffre des respirations suivie de son augmentation, l'hémoglobinurie, la glycosurie, quelquefois l'anurie ; l'empoisonnement est toujours subaigu, la mort survient par asphyxie. A l'autopsie, on trouve des congestions viscérales, portant surtout sur les méninges, sur le foie et sur la rate. GEORGES THIBIERGE.

Action de la créoline sur le bacille-virgule de Koch, par S. SIRENA et G. ALESSI
(*La Riforma medica*, 7 *et* 8 *novembre* 1888).

Il suffit de 8 à 10 gouttes d'une solution de créoline à 3 0/0 pour stéri-

liser complètement en cinq minutes une culture pure de bacille-virgule dans du bouillon ; on obtient le même résultat avec quatre gouttes en quinze minutes; une à quatre gouttes de la solution mélangées à 6 centimètres cubes de bouillon de culture empêchent le développement du bacille-virgule. La créoline doit donc être considérée comme un excellent antiseptique, supérieur à ceux expérimentés jusqu'ici en raison de son innocuité, et on doit le conseiller dans le traitement du choléra.

GEORGES TIBIERGE.

Note relative à l'action physiologique du nitrate de cytisine, par J.-L. PREVOST et Paul BINET (*Revue méd. de la Suisse romande, VIII*, 670, *novembre* 1888).

Les expériences que Prevost et Binet ont faites avec le nitrate de cytisine confirment les résultats qu'ils avaient obtenus avec l'extrait de cytise (*R. S. M.*, XXXI, 71), sauf sur un seul point. Le nerf vague a été paralysé par la cytisine avant les autres nerfs moteurs, tandis qu'il avait paru résister plus longtemps que les autres nerfs à l'extrait de cytise.

L'extrait de cytise doit son activité à la cytisine et agit de la même façon. Les doses diffèrent nécessairement, l'extrait aqueux étant environ 10 à 15 fois moins actif.

Contrairement à Kobert et Radziwillowicz (*Arbeiten des pharmakol. Institut zu Dorpat*, 1888), Prevost et Binet n'ont rien observé qui rappelât le strychnisme dans l'intoxication par la cytisine.

L'injection hypodermique amène, à faible dose, des vomissements chez les animaux qui peuvent vomir et à dose plus élevée une paralysie périphérique des nerfs moteurs analogue à celle que produit le curare. La mort survient chez les mammifères par asphyxie, précédée de contractions fibrillaires des muscles et parfois de quelques convulsions cloniques.

L'injection intra-veineuse provoque, comme l'ont déjà signalé Marmé, Kobert et Radziwillowicz, une élévation rapide et considérable de la pression artérielle. Mais cette élévation de pression a toujours été de courte durée (quelques secondes), et elle a manqué, quand la cytisine a été injectée, même à dose toxique, sous la peau ou dans le péritoine. Ce fait explique pourquoi Prevost et Binet n'ont pas noté de modification de la pression dans leurs expériences faites avec de l'extrait de cytise qui ne pouvait pas être injecté directement dans les veines. J. B.

I. — Recherches sur l'élimination du mercure par les urines sous l'influence des bains indifférents et des bains sulfureux, par KADKIN (*Ruskaja Medicina*, 42, 1887 (*en russe*), *et Vierteljähr. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 4, 1888).

II. — De l'influence de l'iodure de potassium sur l'élimination du mercure par les urines, par BOROWSKIJ (*Ruskaja Medicina*, *nos* 43 *et* 44, 1887.

I. — Les recherches, continuées pendant deux ans dans les stations balnéaires de Piétigorsk et Abastumow, ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes : 1° en général, l'élimination du mercure, à la fin d'un traitement mercuriel, se prolonge encore pendant un à neuf mois; avec la méthode des injections sous-cutanées de sels solubles, le mercure apparaît plus tôt dans les urines qu'avec la méthode des frictions. L'état des reins et la constitution individuelle exercent une influence sur la durée de l'élimination du mercure; 2° sous l'influence de bains indif-

férents de Abastumow et de bains sulfureux de Piétigorsk, l'élimination du mercure par les urines est activée; chez toutes les personnes qui avaient subi un traitement mercuriel, l'urine présentait du mercure d'une façon incontestable; parfois on a même pu déceler du mercure dans les urines quatre ans après le traitement; 3° chez les malades qui avaient été soumis au traitement mercuriel, l'emploi des bains ne provoque pas le développement de récidives. Les analyses d'urine furent faites soit par la méthode électrolytique, soit par les méthodes de Hilbach et de Witz.

II. — Contrairement à beaucoup d'autres auteurs, Borowskij a remarqué que l'iodure de potassium activait l'élimination du mercure par les urines. Il explique cette contradition par ce fait que, dans leurs analyses, les auteurs n'ont pas su débarrasser complètement l'urine de l'iode. Pour faire disparaître complètement cette dernière substance, Borowskij se sert de la méthode de Struve (chloroforme et acide nitrique fumant).

REBLAUB.

Remarks on cocculus indicus, par M. P. JACOBI (*N. York med. journ.*, *p.* 29, 14 *juillet* 1888).

L'auteur a expérimenté sur les animaux le principe actif du cocculus indicus, la picrotoxine.

L'injection sous-cutanée d'un milligramme de picrotoxine chez une grenouille détermine au bout de quelques minutes l'excitation tonique des muscles extenseurs, au bout de vingt minutes des convulsions cloniques, puis l'opisthotonos, enfin une nouvelle série de convulsions et la mort. Avant les dernières convulsions, l'animal pousse un cri et prend une attitude qui rappelle l'attitude passionnelle de l'attaque hystéro-épileptique.

Ces phénomènes sont plus marqués chez les grenouilles à qui l'on a pratiqué l'ablation du cerveau et des lobes optiques ; ils semblent donc dus à l'influence du poison sur la moelle ; influence que contrarieraient les centres cérébraux.

Chez un pigeon, la picrotoxine détermine l'accélération de la respiration.

Chez un chien, elle produit d'abord un léger ralentissement du pouls, puis une accélération du pouls, puis une accélération du pouls et de la respiration.

Chez les animaux à sang chaud, le cocculus détermine des convulsions épileptiformes.

Administré à un malade à la dose d'une goutte, l'extrait liquide de cocculus a fait tomber le pouls de 75 à 70 en une heure. Quatre gouttes l'ont fait tomber en dix minutes de 70 à 64. Après cinq gouttes, on l'a vu au contraire se relever de 72 à 80. Chez un autre sujet, on a noté une élévation incontestable de la pression sanguine.

L'auteur a prescrit le médicament avec succès à trois femmes nerveuses et délicates, atteintes de dysménorrhée douloureuse et de céphalalgie.

La picrotoxine est recommandée contre les sueurs nocturnes des phtisiques.

L. GALLIARD.

Ein Fall von Vergiftung durch Brom (Empoisonnement mortel par ingestion de brome), par W. SCHMALFUSS (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öff. Sanit., nouv. série, t. L, supplément,* 1889).

Jusqu'ici on ne connaissait qu'un cas d'empoisonnement mortel par ingestion de brome ; c'est celui de Snell (*New York med. journ.*, 1881) ; la dose avalée était de 30 grammes. La face interne de l'estomac était normale et comme tannée ; le sang était brun, le foie congestionné, la muqueuse respiratoire enflammée. Les parties atteintes par le poison étaient de couleur orangée, de même que le péritoine et l'épiploon. L'odeur caractéristique du brome était perceptible à l'ouverture de l'abdomen.

Dans le fait de Schmalfuss, les lésions étaient encore plus intenses, vu la dose plus forte (90 grammes). Il s'agissait d'un suicide complexe par empoisonnement et par plaies du cœur. Autopsie quatre-vingt-quinze heures environ après la mort, au mois d'août. Toute la paroi extérieure de l'estomac était détruite et ses lambeaux noirâtres étaient libres dans la cavité abdominale. L'odeur du brome était sensible, non seulement en ouvrant cette cavité, mais encore à la partie supérieure de l'intestin dont les matières renfermaient du brome à l'analyse chimique. Les vaisseaux contenaient des caillots durs, analogues à des morceaux de réglisse ou de cachou. Les conjonctives étaient injectées. Les portions de téguments touchées par le caustique étaient brunâtres, sèches, dures à sectionner, tandis que l'intestin et les muscles avaient une couleur grise et une apparence cuite. Le contenu intestinal était seul de teinte orangée ; le foie n'était pas congestionné non plus que la muqueuse bronchique. J. B.

I. — Tödtliche Vergiftung durch Arsenwasserstoff (Empoisonnement mortel par l'hydrogène arsénié), par SURY-BIENZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLIX, p.* 349, *octobre* 1888).

II. — Fünf Fälle von gleichzeitiger Vergiftung durch Arsenwasserstoff (Cinq cas d'intoxication simultanée par l'hydrogène arsénié), par SURY-BIENZ (*Idem, p.* 353).

I. — Ouvrier âgé de 48 ans, occupé à préparer du chlorure de zinc à l'aide d'acide chlorhydrique impur et de zinc de rebut. Le 3 mai, à midi, il est brusquement pris de malaise, d'étourdissements, de lassitude ; en même temps, il ressent de vives douleurs dans les reins et un besoin de miction ; l'urine est rare et complètement noire. Les téguments sont bronzés et les conjonctives rouge-brun.

Le lendemain, abattement extrême, vomissements fréquents ; diarrhée profuse ; lombalgie et hépatalgie.

5 mai. Entrée à l'hôpital. Apyrexie ; 80 pulsations régulières. Peau bronzée. Foie douloureux à la pression ; il est augmenté de volume ainsi que la rate.

6 mai. Le malade n'a encore émis que 15 grammes d'urine noir rougeâtre, ne renfermant aucun élément figuré, mais contenant de la méthémoglobine, de l'oxyhémoglobine et des traces de matière colorante biliaire. Selles noires formées presque uniquement de bile. Sang très pauvre en hématies, dont on aperçoit beaucoup de débris.

7 et 8 mai. Anurie absolue ; la vessie ne renferme pas d'urine. Selles noir verdâtre.

9 mai. Émission de 10 grammes d'urine toujours noire. Mort dans l'après-midi.

Autopsie. Teinte subictérique de la peau et des conjonctives. Anémie et œdème des méninges cérébrales. Le péricarde contient 25 grammes de li-

quide couleur café. Myocarde flasque. Poumons œdématiés mais aérés. Rate, reins, foie volumineux et de couleur brunâtre. Coloration ardoisée de la muqueuse gastro-intestinale; l'intestin renferme des mucosités brun verdâtre. Oedème considérable du voile palatin, de la luette et du pharynx. Pâleur des muqueuses œsophagienne et laryngo-trachéale.

II. — Cinq ouvriers en bleu d'aniline, occupés à fabriquer de l'hydrogène à l'aide d'acide chlorhydrique et de zinc impurs sont pris en même temps des symptômes suivants: malaise, céphalalgie, vomissements, sécheresse de gorge et picotements oculaires; ictère, urine sanguinolente, faiblesse extrême et tremblement des membres. Tous se sont rétablis. J. B.

Tödtliche Chlorgasvergiftung (Empoisonnement mortel par vapeurs de chlore), par SURY-BIENZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, XLIX*, 345, *octobre* 1888).

Ouvrier en produits chimiques âgé de 48 ans et demi. Dans la nuit du 3 au 4 septembre, il respire involontairement une ou deux bouffées de gaz chlore; immédiatement il a des quintes de toux, de l'oppression et des points thoraciques; mais il ne quitte son travail que le lendemain matin. Pareil accident lui était déjà arrivé quelquefois, mais tout se passait au bout de quelques heures.

4 septembre. Face bleuâtre. Toux incessante; crachats mousseux non sanguinolents. Gêne respiratoire extrême. Anxiété, agitation.

5 septembre. 48 respirations par minute; pouls fréquent, petit, mais régulier. Nulle part de matité pulmonaire. Dans toute la poitrine, mais surtout au sommet droit en arrière, râles sibilants. Urines claires, non albumineuses. Toux un peu moindre, mais orthopnée; même expectoration. Rien d'anormal dans la gorge; larynx insensible à la pression; voix normale. Céphalalgie intense; expression anxieuse de la face.

Vers le soir, la gêne respiratoire est encore plus grande, sans cyanose bien marquée; le pouls devient insensible; mort à 11 heures du soir, au milieu d'un râle trachéal.

Autopsie. Rougeur de la trachée et des bronches jusque dans les plus fines ramifications. Œdème pulmonaire considérable. Muqueuse gastroduodénale rouge avec petits épanchements hémorragiques.

D'autre part, des lésions anciennes qui ont pu aggraver les accidents d'intoxication: emphysème pulmonaire, hypertrophie du cœur, dégénération kystique du rein droit, cystite chronique.

Malgré la grande fréquence des intoxications par le chlore gazeux, il est rare qu'elles soient mortelles. Falck n'en cite que six cas. Les expériences sur les animaux ont montré que la terminaison fatale est due à une paralysie du cœur. J. B.

Empoisonnement aigu par le chlorhydrate de cocaïne; mort, par A. MONTALTI (*Lo Sperimentale, septembre* 1888).

Femme morte après avoir absorbé 1gr,50 de chlorhydrate de cocaïne. A l'autopsie, injection très notable des vaisseaux cérébro-spinaux, congestion pulmonaire, cœur en diastole contenant peu de sang, légère dégénérescence graisseuse du myocarde, tube gastro-intestinal et mésentère fortement congestionnés, foie, rate et reins pleins de sang.

Chez les animaux, l'auteur a reproduit par l'injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne des lésions semblables, avec foyers hémorragiques dans le bulbe et congestion très intense du tissu cellulaire de l'orbite. Il fait remarquer l'analogie de ces lésions avec celles de l'empoisonnement par la théine, la caféine, la guaranine, et pense que les

lésions anatomiques de l'empoisonnement par le chlorhydrate de cocaïne méritent d'être connues des médecins légistes. GEORGES THIBIERGE.

L'intoxication quinique et la fièvre ictéro-hématurique produite par la quinine, par TOMASELLI (*Congresso della Soc. ital. di med. int., Rome*, 1888).

L'intoxication quinique n'est pas un effet particulier du médicament, mais un trouble morbide lié à une susceptibilité particulière de certains individus, qui peuvent en être atteints même après l'absorption de faibles doses de quinine ; elle se produit quelle que soit la voie d'administration du médicament. La détérioration de l'organisme et de la tendance à la dissolution des hématies, produites par action de la malaria, sont les causes de l'intolérance pour les préparations quiniques ; cette prédisposition peut se transmettre par hérédité. La fièvre ictéro-hématurique ne se produit jamais que chez les individus qui ont pris de la quinine et qui avaient été atteints de fièvre palustre : ces deux conditions sont indispensables ; la fièvre ictéro-hématurique, laquelle doit être séparée de l'hémoglobinurie paroxystique, oblige à suspendre l'emploi de la quinine, qui doit être remplacée par ses succédanés (eucalyptus, arsenic, etc.) GEORGES THIBIERGE.

THÉRAPEUTIQUE.

Dictionnaire de thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ (3e *et* 4e *vol. in*-4°, 900 *pages*, *Paris*, 1888).

Ces deux derniers volumes complètent l'ouvrage publié par Dujardin-Beaumetz ; en six ans, l'auteur, secondé par des collaborateurs distingués, a pu mener à terme cette tâche ardue et donner au public médical un ouvrage de premier ordre, tant par la richesse des documents accumulés que par le soin et la méthode apportés à la rédaction de chaque article. Il ne s'agit pas en effet d'une nomenclature sèche et aride, d'une terminologie simple suivie de quelques indications banales. Chaque sujet est traité avec ampleur, comme il pourrait l'être dans une monographie. Citons, par exemple, pour ces deux derniers volumes, les articles suivants : hydrothérapie (40 pages à 2 colonnes), lait (30 pages) mercure (60 pages), opium (70 pages), oxygène (25 pages), quinquina (60 pages), etc.

Les progrès incessants de la thérapeutique ont nécessité l'adjonction d'un certain nombre de pages, sous la forme d'addendum consacré à l'étude des médicaments qui ont pris place depuis peu dans la pharmacopée. Tels sont : l'acétanilide, l'adonis, l'amylène, l'antipyrine, la cocaïne, l'hypnone, l'iodol, le strophantus, etc. Inconnus ou peu connus au moment où se publiaient les premières feuilles du Dictionnaire, ces produits ont acquis droit de cité en thérapeutique, et leur histoire devait prendre place dans cet ouvrage.

Il est inutile de faire ressortir la valeur de cette œuvre ; elle représente une somme de travail énorme, le concours d'efforts multiples, mais on peut dire que le résultat dépasse ce qu'on pouvait attendre et qu'il n'existe à l'étranger rien qui puisse lui être comparé. A. CARTAZ.

I. — Traitement de la tuberculose par l'acide fluorhydrique, par RAIMONDI (*Congrès de la tuberculose, Paris*, 1888).

II. — *Idem*, **par SCIOLLA** (*Lezione di chiusura al corso di med., Gênes*, 1888).

III. — *Idem*, **par Henri GILLIARD** (*Thèse de Paris*, 1888).

IV. — Action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux, par JACCOUD, HÉRARD (*Bull. Acad. de méd.*, 30 *octobre et* 6 *novembre* 1888).

V. — Note sur l'action de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par E. GOETZ (*Revue médic. de la Suisse romande, VIII*, 465, *août* 1888).

I. — Raimondi a traité par cette méthode 128 malades, dont 20 ont été guéris (disparition des bacilles), 18, avec cavernes, très améliorés. 5 malades sont morts de poussée aiguë.

II. — Sciolla a constaté de l'amélioration de l'état général et local (série de 11 malades) ; il n'a pas observé d'effets fâcheux de cette médication.

III. — Gilliard publie les résultats de 46 malades traités par lui, 7 au début de la tuberculose, 25 avec signes de ramollissement, 13 avec cavernes. Il n'a jamais vu diminuer la fièvre, la diarrhée ; l'appétit a augmenté quelquefois, est resté le plus souvent stationnaire. C'est au début de la tuberculose que ce traitement aurait le plus d'action. Jamais il n'a déterminé d'hémoptysie.

La statistique générale réunie par Gilliard porte sur 294 phtisiques, donnant : 21 restés stationnaires, 168 améliorés, 44 guéris, 37 aggravations, 24 morts. A. C.

IV. — Jaccoud a recherché si cet acide supprime ou modifie la virulence de matières tuberculeuses démontrées inoculables en leur état de pureté. Des cobayes ont été inoculés, par injection sous-cutanée dorsale, avec des crachats de phtisiques dans lesquels on avait constaté la présence des bacilles. Ces inoculations ont été pratiquées avec la même quantité de crachats, les uns purs, les autres modifiés par l'acide fluorhydrique à divers degrés de dilution. Les cobayes qui ont été inoculés avec les crachats purs sont morts ou de septicémie dans les premiers jours ou de tuberculose généralisée dans les six à huit semaines qui ont suivi. Quant aux animaux qui ont été inoculés avec les crachats préalablement soumis aux vapeurs d'une mixture d'acide fluorhydrique et d'eau, ils ont également présenté une tuberculose diffuse ; il ressort donc de ces résultats que l'acide fluorhydrique en solutions graduellement concentrées jusqu'à égalité d'acide et d'eau est impuissant à modifier la vitalité et la transmissibilité du bacille tuberculeux.

Il n'en est pas de même si l'on soumet les crachats à l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique pur ; en effet, un cobaye, inoculé avec ces crachats, ne présentait aucun vestige de tuberculose trois mois et demi après l'inoculation. Mais, en supposant que de nouvelles expériences viennent prouver que les crachats bacillifères ainsi traités perdent

leur virulence, ces faits n'en resteraient pas moins sans aucune valeur pratique, car on ne peut songer à introduire l'acide fluorhydrique pur dans l'organisme vivant.

Hérard rappelle que différents expérimentateurs, Trudeau (de New-York) entre autres, ont démontré que l'on pouvait sans danger respirer de l'air chargé des vapeurs d'acide fluorhydrique pur. Il est encore prouvé que ces vapeurs atténuent la virulence du bacille tuberculeux et la détruisent même complètement quand l'acide est très concentré.

OZENNE.

V. — Trente phtisiques ont été soumis aux inhalations d'une solution d'acide fluorhydrique à 45 0/0, étendue de parties égales d'eau. 19 malades ont eu leur état manifestement amélioré ; chez 3 il est resté stationnaire ; chez 3 aussi il s'est aggravé ; enfin 5 phtisiques sont morts pendant le traitement. La totalité des améliorations s'est produite dans des cas peu avancés; à la période de cavernes, les résultats ont été nuls et très passagers.

Les femmes paraissent supporter moins bien que les hommes le séjour dans l'amosphère gazeuse confinée, mais la médication ne trouble ni les menstrues ni la grossesse.

Les modifications des signes physiques thoraciques ne sont nullement en rapport avec les effets favorables de la médication sur l'etat général. Malgré l'augmentation du poids, des forces, de l'appétit, malgré le sentiment de mieux-être, on ne constate que fort peu de changements à la percussion et à l'auscultation, et on ne note pas de diminution marquée des bacilles expectorés.(*R. S. M.*, XXXI, 503, et XXXII, 104.) J. B.

Die örtliche Behandlung der Lungentuberculose durch parenchymatöse Kreosotinjectionen (Injections de créosote dans les poumons tuberculeux), par ROSENBUSCH (*Wien. med. Presse*, *n°* 24, *p.* 865, 1888).

L'auteur pratique dans le poumon des phtisiques des injections de solution de créosote à 3 0/0 à l'aide d'une seringue de Pravaz à longue aiguille ; il choisit, suivant le siège des lésions, soit le second espace intercostal, soit la fosse sus-épineuse. Les injections ne déterminent jamais d'hémoptysie ; une seule fois, l'auteur a vu les crachats d'un opéré teintés de sang. Au point où elles sont faites, on perçoit des râles humides.

Elles ont pour effet d'amener la disparition rapide de la toux, même dans des cas où les opiacés sont restés inefficaces. Dans certains cas, elles sont suivies d'abord d'une légère élévation de température ; mais presque toujours, au bout de 6 à 8 heures, on voit le thermomètre descendre. Les crachats diminuent, la dyspnée cesse ; souvent l'appétit renaît, les sueurs disparaissent et l'état général s'améliore.

On laisse deux ou trois jours d'intervalle, quelquefois davantage, entre les injections. Il suffit en général de cinq ou six injections pour amener un changement notable dans l'état des phtisiques.

L. GALLIARD.

I. — Ueber die Anwendung des Kreosots bei Tuberculose in Form eines Mineralwassers (La créosote administrée aux tuberculeux dans une eau gazeuse artificielle), par J. ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 640, *et n°* 33, *p.* 667, 6 *et* 13 *août* 1888).

II. — Znr Kreosottherapie der Lungentuberculose, par DRIVER (*Idem, n° 35, p. 713, 27 août*).

I. — Pour obvier aux inconvénients de la créosote administrée sous forme concentrée (capsules, pilules, gouttes), Rosenthal l'a diluée dans une eau chargée d'acide carbonique et additionnée de cognac. Puis il s'est assuré, par des expériences, sur 32 micro-organismes (dont 17 pathogènes) que cette eau gazeuse créosotée avait des propriétés antiseptiques très nettes

Ce nouvau mode d'administration de la créosote en rend la digestion plus facile, grâce aux qualités bien connues des eaux chargées d'acide carbonique.

II. — Les premiers essais thérapeutiques faits sur des tuberculeux avec la créosote, par Driver, remontent à 1879; à ce moment-là, il ne la prescrivait que pour faciliter la digestion. Mais depuis 1883, il l'a employée comme antibacillaire, d'abord en potion alcoolique, puis en capsules contenant du baume de tolu.

Dans certains cas, il a dépassé la dose quotidienne de 75 centigrammes. Voici ses appréciations sur cette médication.

1° La créosote est en général bien tolérée, pourvu qu'on l'administre d'abord à doses faibles, qu'elle soit très diluée et prise après les repas. Dès que les malades se sont habitués au goût de la créosote, ils la préfèrent en potion plutôt qu'en capsules.

2° La créosote exerce constamment une influence favorable sur l'appétit et les fonctions digestives, particulièrement quand l'estomac et l'intestin sont le siège de fermentations anormales. Mais la créosote est impuissante contre la diarrhée tuberculeuse.

3° La créosote est complètement inefficace contre la fièvre.

4° Elle n'a pas davantage d'action sur l'affection pulmonaire, sauf dans les cas suivants :

5° L'efficacité de la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire se limite à la phtisie dérivant de la scrofule à forme *torpide*. Il s'agit généralement de jeunes gens ayant, malgré un mauvais appétit, un certain embonpoint, une musculature peu développée, des quintes rares, mais une expectoration abondante, peu ou pas de fièvre et de sueurs, malgré les lésions destructives de leurs poumons. Ce sont ces malades qui supportent le mieux la créosote, et, chez eux, la médication a souvent des résultats merveilleux. (*R. S. M.*, XXX, 498; XXXI, 77 et 78; XXXII, 102 et 103.) J. B.

Desinfection der Luftwege (Désinfection des voies respiratoires), par EICHHORST (*Wien. med. Presse, n° 42, p. 1481, 1888*).

Pour désinfecter les voies respiratoires, l'auteur conseille l'usage de l'huile de myrte ou myrtol. L'ingestion d'une capsule contenant 15 centigrammes de myrtol communique à l'haleine, au bout d'une heure, une odeur évidente de myrte, laquelle persiste au moins 24 heures. Chez les sujets atteints d'affection gangreneuse, on prescrit une capsule toutes les deux heures.

Un tailleur de pierres, admis à la clinique de Zurich, porteur de cavernes des deux poumons, avait une expectoration si fétide que les autres malades n'en pouvaient supporter l'odeur. Or il a suffi de six capsules de myrtol pour

donner aux crachats et à l'haleine une odeur aromatique. Le malade ayant succombé au bout de huit jours, on constata à l'autopsie que tous les organes, même l'estomac et les poumons gangrenés, exhalaient l'odeur agréable du myrte.

Chez un sujet atteint de vomique à la suite de l'ouverture d'un kyste hydatique, la fétidité a été anéantie immédiatement par les capsules de myrtol. Le myrtol diminue l'expectoration en même temps.

Un sujet porteur de cavernes gangreneuses rejetait tous les jours de 400 à 700 centimètres cubes de matière fétide ; sous l'influence du myrtol, l'odeur disparut d'abord, puis la masse des crachats diminua et, au bout de quatre semaines, se réduisit à 15 centimètres cubes.

Le myrtol est un désinfectant, mais il ne détruit pas les bacilles. Chez une femme atteinte de bronchite fétide avec expectoration abondante, les bacilles tuberculeux avaient été recherchés en vain; après le traitement par le myrtol, la fétidité cessant et les crachats devenant rares, on trouva des bacilles en grand nombre. Plus tard, la malade mourut de tuberculose pulmonaire.

L. GALLIARD.

I. — Ueber die locale Anwendung der Kampfersäure (Applications externes de l'acide camphorique), par Max REICHERT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 533, 25 *juin* 1888).

II. — Ueber die locale Anwendung der Camphersäure, par FÜRBRINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 571, 9 *juillet* 1888).

I. — L'acide camphorique a une saveur un peu amère et faiblement acide. Reichert l'emploie en solution alcoolique au onzième. En applications locales, il unit les qualités d'un astringent peu énergique, mais d'effets durables, à celles d'un léger stimulant et d'un désinfectant énergique.

Reichert en préconise l'usage dans l'amygdalite aiguë, sous forme de gargarisme, à 1/2 ou 1 0/0, et de pulvérisations à 2 0/0 ; dans la laryngite et la trachéite aiguës, sous forme de pulvérisations à 1/4 ou 2 0/0 ; dans le coryza aigu (ouate imbibée d'une solution de 1 à 3 0/0, et plus tard insufflations d'une poudre contenant une partie d'acide camphorique pour 9 d'acide borique).

Dans les formes chroniques des mêmes affections, Reichert recourt à des solutions plus concentrées (de 3 à 6 0/0).

L'acide camphorique diminue la douleur occasionnée par les ulcérations de la peau ou des muqueuses et active leur cicatrisation.

Dans plusieurs cas de tuberculose laryngée, Reichert a obtenu une guérison lente, il est vrai, en recourant plusieurs fois par jour à des injections ou à des pulvérisations d'acide camphorique de 3 à 6 0/0.

Enfin, à la dose de 3 à 4 0/0, il a d'excellents effets dans le traitement de l'eczéma des narines et de l'acné rosacée. (*R. S. M.*, XXX, 507.)

J. B.

II. — Fürbringer a trouvé que, sous le rapport de l'*action antiseptique*, l'acide camphorique est bien inférieur à tous les acides qui servaient de termes de comparaison. Une urine normale additionnée de 0,3 0/0 d'acide camphorique se décompose, en moyenne, une demi-semaine plus rapidement que celle à laquelle on a ajouté seulement 0,1 0/0 d'acide salicylique.

En outre, l'acide camphorique partage la fâcheuse propriété de tous

les acides organiques salicylique, cinnamique, benzoïque, etc. ; il perd son pouvoir antiseptique au fur et à mesure qu'il se combine à des alcalis. Conséquemment, partout où il s'agit de produits de sécrétion ou de décomposition, à la fois profus et fortement alcalins, l'acide camphorique reste inefficace, à moins d'être employé à des doses tout à fait considérables.

Fürbringer a administré l'acide camphorique à l'intérieur dans 30 ou 35 cas de *cystite* avec fermentation ammoniacale de l'urine. Jamais il n'a obtenu de modification du catarrhe, mais chez la moitié des malades, cette médication a fait cesser la décomposition des urines.

Fürbringer a essayé l'acide camphorique dans la fièvre typhoïde (*R. S. M.*, XXX, 507) et dans la *tuberculose* pulmonaire (50 cas).

Chez les tuberculeux, il n'a non plus aucune action antipyrétique, mais, en revanche, dans la moitié des cas, il a mis fin aux sueurs nocturnes, alors même qu'elles avaient résisté à l'atropine. Pour cela, il suffit de l'administrer soit dans le cours de la journée en 3 ou 4 doses de 1 gramme, soit le soir en une seule dose de 2 à 3 grammes.

D'ailleurs, à part les nausées et les vomissements, cet acide est parfaitement toléré à la dose de 5 et même de 6 grammes par jour.

Répondant à Fürbringer, Reichert maintient que sur lui-même et sur plusieurs confrères, il a pu observer les effets astringents et curateurs de l'acide camphorique sur l'*angine* et la *laryngite* subaiguë ; c'est pour lui le meilleur médicament dans ces affections. J. B.

Osservazioni cliniche sulla fenacetina, par L. PESCE (*Giornale della R. Academia di medicina di Torino, avril-mai* 1888).

L'auteur a étudié cliniquement l'action de la phénacétine, et il la considère comme antipyrétique, antirhumatismale et analgésique. La dose généralement employée est de 50 centigrammes ; il en a obtenu de très bons effets et admet que sa tolérance est peut-être supérieure à celle de l'antipyrine et certainement à celle de l'antifébrine. Le médicament a pu être administré impunément aux doses de 2 et 3 grammes pendant plusieurs jours consécutifs. H. BARTH.

I. — La phényl-acétyl-hydrazine, par DRESCHFELD (*Med. Chronicle, novembre* 1888).

II. — Sur la phénacéthydrazine, par R. LÉPINE (*Lyon méd.*, 9 *décembre* 1888).

I et II. — Dreschfeld a employé ce nouvel antipyrétique dans la pneumonie, la scarlatine, le typhus, avec moins de succès dans la fièvre typhoïde. Les effets toxiques (6 centigr. par kilogr. d'animal) sont l'ictère et l'albuminurie, la mort arrive par hémoglobinurie. Le produit agit donc surtout sur le sang.

Lépine constate que cette substance détermine une méthémoglobinhémie intraglobulaire, puis une diminution du nombre des globules de sang. A la dose de 3 grammes par 24 heures chez les malades, la fièvre est diminuée (abaissement de la température) ; chez les ataxiques, les douleurs fulgurantes sont calmées pendant quelques heures. Aucun accident à ces doses si on ne les donne que passagèrement. A. G.

Salicylsäure und Salol beim acuten Gelenkrheumatismus, par AUFRECHT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 23, 1888).

Le salol offre des avantages dans le traitement du rhumatisme. Il est supporté mieux et plus longtemps que l'acide salicylique; il ne détermine ni désordre gastrique ni trouble nerveux; la coloration noire de l'urine n'est pas une contre-indication à son emploi.

Aussi ne doit-on pas hésiter à le préférer à l'acide salicylique dans le rhumatisme chronique. Mais dans le rhumatisme aigu son action est moins rapide. Comme l'acide salicylique n'est bien supporté que deux jours de suite, l'auteur propose de donner d'abord pendant deux jours aux rhumatisants aigus 6 grammes d'acide salicylique, puis ensuite 6 grammes de salol par jour et d'abaisser, au bout de quelque temps, la dose à 4 grammes. L. GALLIARD.

I. — Ueber den inneren Gebrauch des Ichthyols, par LORENZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 587, 16 *juillet* 1888).

II. — Zur Wirkung des Ichthyols, par George MEYER (*Idem*, *p.* 588).

I. — Après Zuelzer (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, V, 1886), Lorenz confirme les bons effets sur la santé générale obtenus de l'administration de l'ichthyol à l'intérieur dans le rhumatisme aigu et chronique, dans l'arthrite déformante et la néphrite chronique; sous l'influence de ce médicament dont l'odeur et la saveur sont si désagréables, les malades accusent un sentiment de bien-être ; leur appétit et leur poids augmentent.

II. — Meyer a employé *intus* et *extra* l'ichthyol chez 17 femmes atteintes de rhumatisme chronique. Il n'en a obtenu de bons résultats que chez la première de ses malades. Chez 14 autres, la médication a été complètement inefficace ; enfin les 2 dernières ont accusé l'ichthyol d'avoir augmenté leurs douleurs.

Contrairement à Zuelzer et à Lorcat, Meyer n'a vu aucune de ses malades s'habituer à prendre l'ichthyol sans répugnance, et il n'a pas noté l'amélioration de l'état général signalée par ces deux observateurs. 3 des malades de Meyer ont, tout le temps de la médication, accusé une grande lassitude; 4 ont toujours eu des renvois désagréables, quelle que fût la préparation administrée (solution, pilules ou capsules). (*R. S. M.*, XXVII, 589 ; XXIX, 507 et 617). J. B.

Hyperpyrexia in acute rheumatism, par W. ORD et J. ANKLE (*Brit. med. journ.*, *p.* 697, *mars* 1888).

Le malade de Ord est un homme de 32 ans, buveur. Il contracte un rhumatisme aigu à manifestations articulaires et viscérales (endopéricardite et pleurésie) sans grande fièvre. Urines albumineuses, délire léger. Deux jours plus tard accès de délire violent, suivi d'hyperpyrexie (T. 108°4 F) et de coma. Applications de sachets de glace en permanence, la température s'abaisse et la conscience revient : la péricardite même disparaît. Cinq jours plus tard, rechutes et réapparition de l'hyperpyrexie, qui cède devant le même moyen, cette fois définitivement.

Ankle communique les deux faits suivants :

a) Homme de 27 ans, fils et frère de rhumatisants, atteint lui-même de

rhumatisme. Malgré l'administration de fortes doses de salicylate de soude, le délire s'allume en même temps que disparaissent les manifestations articulaires ; la température s'élève en quelques heures à 110°4. Bain glacé pendant 40 minutes qui fait tomber la température à 97° ; mais quatre heures plus tard elle remonte à 107°, malgré des doses d'antifébrine. Nouveau bain glacé de 25 minutes. Cette fois, chute de l'hyperthermie et marche régulière du rhumatisme, sans complications viscérales.

b) Femme de 30 ans, atteinte d'un rhumatisme aigu, d'apparence bénigne. A midi 102°, à 10 heures du soir 110°4, délire violent. Application de sachets glacés : guérison.

De ces faits et de la discussion qui les accompagne, il résulte que si la pyrexie rhumatismale obéit aux médicaments dits antipyrétiques (salicylate de soude, kairine, antifébrine, antipyrine, etc.), par contre ils sont impuissants contre l'hyperthermie ; et le bain froid reste encore l'unique remède en pareil cas. H. R.

I. — Efficacité trompeuse de l'huile d'olive dans la lithiase biliaire, par G. BERNABEI (*La Riforma medica*, 18 *août* 1888).

II. — Note sur le traitement de la lithiase biliaire par l'ingestion d'huile d'olive à hautes doses, par CHAUFFARD et DUPRÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *octobre* 1888).

I. — Chez un malade atteint d'ictère depuis huit mois, l'auteur a essayé l'administration de 80 grammes d'huile d'olive pendant dix jours de suite; après ce traitement, le malade rendit pendant huit jours, avec des selles qui restaient décolorées, des concrétions globuleuses de coloration verte semblable à celle des pois, de volume variant de celui d'un pois de senteur à celui d'une cerise ; ces concrétions arrondies, et à surface plus ou moins mûriforme, avaient une consistance molle, cireuse, une odeur d'huile d'olive, une réaction acide, et offraient dans leur partie centrale l'aspect granuleux de l'huile congelée ; elles étaient d'ailleurs constituées par des graisses et ne contenaient pas de trace de cholestérine ni de pigments biliaires. Ces concrétions étaient d'autant plus nombreuses, petites et consistantes que s'éloignait le moment de l'ingestion de l'huile.

L'auteur conclut de cette observation que l'on ne peut considérer comme démonstratifs, au point de vue de l'efficacité de la méthode en question, les cas dans lesquels on s'est contenté de l'examen à l'œil nu des concrétions expulsées sans en faire l'analyse chimique.

GEORGES THIBIERGE.

II. — Ces auteurs ont voulu contrôler les allégations de Touatre et ont employé ce procédé chez six malades. Ils ont constaté d'abord une amélioration des symptômes avec soulagement des malades, puis l'élimination, au bout de sept à huit heures, d'un grand nombre de concrétions. L'analyse chimique a prouvé que ces concrétions ne contenaient que de très faibles quantités de cholestérine ; ce ne sont donc point des calculs ramollis, mais simplement des productions dues aux altérations de l'huile, et riches en palmitine. D'autre part, des expériences tentées sur des animaux ont montré que l'huile ne remontait pas le long des canaux biliaires jusque dans la vésicule, comme l'avaient cru les promoteurs de cette thérapeutique. H. L.

I. — Traitement des kystes hydatiques par les injections de sublimé, par BACCELLI (*Riforma medica*, 11 *juin et* 30 *août* 1887, *et Cong. de la Soc. ital. de méd. Rome*, 23 *octobre* 1888).

II. — *Idem*, **par SENNETT** (*Lancet*, 18 *juin* 1887).

III. — Rapide guérison d'un kyste kydatique du foie par ponction et injection de sublimé, par ROSSONI (*Riforma medica*, 30 *avril* 1887).

IV. — Recherches sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *octobre* 1888).

I. à III. — Baccelli ponctionne le kyste avec une seringue de Pravaz, retire 10 grammes de liquide et les remplace par un égal volume d'une solution de sublimé contenant de 1 à 5 centigrammes. Il n'y a pas de réaction fébrile, et le foie reprend son volume normal au bout de quelques jours.

Cette méthode de traitement avait été employée avec succès à peu près à la même époque par Sennett, et avant par Rossoni. A. C.

IV. — Debove, après avoir vidé le kyste hépatique et retiré 500 grammes de liquide, fit en trois fois une injection avec 500 grammes de liqueur de Van Swieten. La malade a complètement guéri. Dans un autre cas, il retira en trois fois 1,800 grammes de liquide limpide, puis louche, et fit un lavage à la troisième ponction avec un litre d'une solution de sulfate de cuivre à 5 0/0. Quatre mois après, il n'y avait plus trace de tumeur hépatique. Debove insiste sur le danger des ponctions purement exploratrices et conseille de faire d'emblée l'évacuation d'une quantité notable de liquide H. L.

I. — Ueber die diuretische Wirkung der Quecksilberpräparate (**Sur l'action diurétique des préparations de mercure**), **par Wladyslaw BIEGANSKI** (*D. Arch. f. klin. Med.*, *XLIII*, *Heft* 2-3, *p.* 177).

II. — Klinische Beobachtungen über Calomel als Diureticum und Hydragogum (**Recherches cliniques sur l'action diurétique et hydragogue du calomel**), **par R. STINTZING** (*Ibidem*, *XLIII*, *p.* 206).

III. — Calomel und Digitalis bei Ascites in Folge von Lebercirrhose, par SCHWASS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 762, 17 *septembre* 1888).

I. — Le calomel et les autres préparations mercurielles ont une action diurétique quelquefois très notable. Cette action ne se manifeste pas d'emblée, mais seulement au bout de 2 à 10 jours. Souvent le premier jour, il y a, au contraire, oligurie. C'est dans l'asystolie cardiaque que cette action est le plus marquée. Les lésions des reins suspendent l'action diurétique des mercuriaux. L'action diurétique se montre avec tous les modes d'administration ; l'effet est au maximum avec les injections hypodermiques, moins marquée par l'usage interne, au minimum par les frictions. Les doses moyennes et fortes sont seules diurétiques.

On peut observer avec les mercuriaux des différences de 1,000 à 1,500 centimètres cubes d'urine.

L'action diurétique des préparations mercurielles repose probablement sur une influence irritante qu'elles exercent sur la substance rénale.

A MATHIEU.

II. — Dans ses conclusions, l'auteur déclare que le calomel est un

diurétique plus puissant que tous les diurétiques connus. Cette action est surtout marquée dans l'hydropisie cardiaque, dans l'asystolie. Cette action peut se produire alors que les autres diurétiques ont échoué.

L'action purgative du calomel agit dans le même sens ; entre l'action diurétique et l'action purgative, il existe une sorte de balance.

Toutes les fois que la polyurie est obtenue, les phénomènes toxiques sont peu prononcés ; ils sont au contraire plus accentués lorsque la diurèse n'est pas augmentée. La dose la meilleure est celle qu'a proposée Jendrassik, 0 gr. 20 cent. de calomel trois fois par jour.

L'augmentation de la quantité des urines se produit du deuxième au quatrième jour de l'administration du médicament; rarement le premier ou le cinquième. L'action diurétique dure en moyenne de quatre à cinq jours, rarement jusqu'à douze jours.

La digitale, en tant que diurétique, est inférieure au calomel. A. M.

III. — Schwass relate plusieurs cas d'ascite par cirrhose hépatique qu'il a guéris, d'une façon plus ou moins durable, en faisant la paracentèse et administrant soit du calomel, soit surtout du calomel associé à la digitale. Il fait prendre toutes les trois heures dix centigrammes du premier avec cinq centigrammes du second médicament. Il a remarqué que l'association des deux substances, non seulement accroît leurs effets diurétiques, mais encore supprime, atténue ou retarde l'apparition des phénomènes d'hydrargyrisme.

Ce traitement n'est d'ailleurs efficace qu'autant que la dégénérescence du foie n'est pas trop avancée. J. B.

Ein Beitrag zur Therapie des Tabes dorsalis, par STEMBO (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44, p.* 884, 29 *octobre* 1888).

Il résulte des expériences que Stembo a faites sur 39 ataxiques, relativement à l'action des divers courants électriques sur les phénomènes tabétiques, les points suivants :

Chacun des trois ordres de courants, galvaniques, faradiques et franklinien, employés pendant un certain temps, d'une façon méthodique, exerce indubitablement une heureuse influence.

C'est la franklinisation qui améliore le plus promptement les symptômes d'irritation, notamment les troubles de sensibilité et ceux de coordination.

Mais, pour une même durée de traitement, les résultats acquis par les courants constants sont incontestablement les plus durables. Les courants induits tiennent une position intermédiaire entre les deux ordres de courants.

D'après ces observations, Stembo a combiné, de l'une des deux manières suivantes, l'emploi dans une même séance de deux espèces de courants de façon à obtenir une amélioration à la fois rapide et durable.

1re médication : Application successive des courants constants et des courants induits.

2e médication : Application simultanée des courants constants et des courants induits.

Dans la première médication, on peut substituer à la faradisation l'électricité statique. J. B.

Subcutane Kochsalzinjectionen bei acuter Anämie und Cholera Infantum (Injections sous-cutanées de chlorure de sodium), par M. WEISS (*Wien. med. Presse, n° 43 et suiv.*, 1888).

L'auteur se sert d'une solution de 60 centigrammes de sel marin dans 100 grammes d'eau distillée, qu'il injecte aux adultes sous la peau du thorax, et aux enfants à la paroi abdominale ; pour les premiers, il faut de 150 à 250 grammes ; pour les autres, 30 à 50 grammes suffisent. Voici les faits :

1° Hématémèses par ulcère simple de l'estomac chez une jeune fille chlorotique, âgée de 19 ans ; elle vomit en deux fois 4 livres de sang. Syncope, mort imminente. Injection d'un côté du thorax de 150 grammes et de 100 grammes au côté opposé ; l'opération dure dix-huit minutes. La malade se remet.

2° Injection de 150 grammes chez un homme de 43 ans, dans le cours de la fièvre typhoïde, à la suite d'une hémorragie intestinale ayant déterminé un collapsus inquiétant. Guérison.

3e Quatre enfants, de 5 à 9 mois, atteints de choléra infantile et subissant des injections de 50 grammes. Deux guérisons, deux décès.

4° Un enfant de 13 semaines, d'abord nourri par sa mère, puis alimenté partiellement au biberon, est atteint de diarrhée et tombe dans le collapsus : cyanose des extrémités, face livide, cornées ternes, pouls très petit. On donne sans succès un bain tiède, on pratique des frictions sans résultat. L'auteur fait alors une injection de 40 grammes ; le succès est remarquable, au bout de vingt minutes l'enfant est réchauffé, le pouls se relève. Le second jour, grande amélioration. Au bout de deux semaines, la guérison est complète. On n'a plus donné à l'enfant que le lait maternel.

L. GALLIARD.

La diphtérie, son traitement antiseptique, par J. RENOU (*In-8°, Paris*, 1889).

Dans cette œuvre, éminemment personnelle et fruit de longues études cliniques, Renou étudie les conditions de propagation de la diphthérie, d'après des faits précis, observés à la campagne. Pour lui, la diphthérie est une maladie générale et la fausse membrane n'est que la manifestation locale de l'empoisonnement. Partant, le traitement doit viser avant tout l'état général ; pour ce faire, Renou indique de tonifier le malade, de l'alimenter et de proscrire les cautérisations énergiques qui empêchent ou troublent la déglutition. Il faut ajouter des vaporisations antiseptiques, solution d'acide phénique à 50 0/00 en calculant une évaporation de 1 gramme d'acide phénique par mètre cube et par 24 heures dans la chambre du malade.

Ce traitement a donné à l'auteur les résultats suivants : angine diphtéritique, 18 cas, 1 mort ; croups non opérés, 21 cas, 3 morts ; croups opérés, 23 cas, 7 morts. La statistique de Geffrier, qui a adopté cette méthode de traitement, est à peu près analogue : 72 cas, 16 morts. A. C.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **Ein Fall von Hœmatomyelie, par LEYDEN** (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *XIII*, *p.* 225).

II. — **Paralysie générale spinale antérieure subaiguë, par PITRES et VAILLARD** (*Progrès médical*, *septembre* 1888).

III. — **Anatomische Befunde in zwei Fällen von Poliomyelitis anterior acuta, par STRECKEISEN** (*Corr.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *p.* 247, *avril* 1888).

IV. — **Contribution à l'étude de quelques accidents spinaux consécutifs à la téphromyélite antérieure aiguë, par SATTLER** (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — **Un cas de paralysie ascendante aiguë, par Ch. FÉRÉ** (*C. R. Soc. biol.*, *février* 1888).

VI. — **Klinisches und Anatomisches über Syringomyelie, par SCHULTZE** (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *XIII*, *p.* 323.)

VII. — **Ueber die Pathogenese der Syringomyelie, par CHIARI** (*Zeitsch. f. Heilk.*, *IX*, *n°* 4, *p.* 307, 1888).

VIII. — **Ueber die Diagnose der Syringomyelie, par KAHLER** (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 428, *mai* 1888).

I. — Chez la malade de Leyden, les douleurs et la paraplégie apparurent brusquement deux jours après un accouchement facile et rapide ; en 48 heures, la paraplégie était complète, motrice et sensitive; elle s'étendait jusqu'au rebord costal; les sphincters étaient atteints; les réflexes complètement abolis. Mort au cinquième jour par phénomènes septiques.

A l'autopsie, on trouva la moelle ramollie à la région dorsale sur une hauteur de cinq centimètres. Le foyer hémorragique occupait surtout les cordons postérieurs et les parties périphériques des cordons antérolatéraux; par places il atteignait la substance grise. Mais celle-ci avait mieux résisté que la substance blanche à la diffusion du sang. Pas de sang dans le canal central.

Leyden ne croit pas pouvoir rattacher cette hématomyélie à une autre cause que la puerpéralité. A. F. PLICQUE.

II. — T..., âgé de 43 ans, est surpris par une pluie torrentielle le 11 septembre 1886. Dès le soir même, frissons, malaise, coliques, embarras gastrique, ténesme vésical, apyrexie complète. Ces troubles gastro-intestinaux se répètent à plusieurs reprises jusqu'à la fin de novembre, laissant une très grande faiblesse. Le 29 novembre, T... s'aperçoit que son membre supérieur droit est engourdi et qu'il ne peut le soulever au-dessus du lit ; sensibilité normale; quelques heures après mêmes symptômes dans le membre supérieur gauche; la paralysie est limitée aux muscles des deux épaules. Le 5 décembre les jambes se prennent à leur tour : le lendemain, ce sont les muscles du bras et de l'avant-bras. Le 11 janvier il y a paralysie presque complète, absolue des quatre membres. Le 20 janvier les muscles de l'épaule ne réagissent plus aux courants induits et sont notablement atrophiés. Mêmes symptômes se montrant progressivement sur les autres muscles. Le 10 février, crise de dyspnée que rien n'explique dans l'état du cœur et des pou-

mons. Malgré une amélioration du côté des bras, qui en mars et avril recouvrent une motilité partielle, l'état s'aggrave, il survient de l'agitation, du délire, et le 11 mai le malade succombe à une crise de dyspnée.

A l'autopsie, on trouve un double hydrothorax de l'engouement pneumonique du lobe inférieur droit, le cœur dilaté, les méninges cérébro-spinales saines, les muscles des membres atrophiés, ocreux. L'examen histologique montre que les deux moitiés de la moelle sont symétriques ; qu'il existe un épaississement des travées de la névroglie dans les cordons de Goll et les cordons latéraux; les cylindraxes sont sains ; pas de corps granuleux ni amyloïdes. Intégrité des fibres radiculaires antérieures et postérieures.

Tous les nerfs périphériques examinés présentent des lésions plus ou moins accentuées de névrite dégénérative. Les racines offrent quelques fibres altérées, mais bien moins nombreuses que les fibres saines. Ce qui frappe surtout, c'est que les altérations qui ont également atteint les filets sensitifs et les filets moteurs sont d'autant plus marquées que les nerfs examinés sont plus éloignés des centres nerveux.

Les auteurs admettent qu'il s'agit, dans ce cas, d'une leucomyélite diffuse et d'une polynévrite remontant à une même cause générale toxique ou infectieuse. Ils insistent sur ce fait singulier de la conservation de la sensibilité avec altérations considérables des nerfs sensitifs ; ils se demandent si la paralysie générale spinale antéreure subaiguë ne serait pas un syndrome clinique plutôt qu'une maladie nettement spécifiée. H. L.

III. — Streckeisen donne deux autopsies à l'appui de l'opinion que, dans la grande majorité des cas de paralysie spinale de l'enfance, il s'agit d'une inflammation primitivement interstitielle et non d'une inflammation primitive des cellules ganglionnaires.

Dans le premier cas, où la paralysie existait depuis 53 ans, un grand nombre des cellules ganglionnaires des cornes antérieures grises étaient disparues ou atrophiées au niveau de la moelle lombaire ; les grosses fibres blanches et les racines antérieures étaient dégénérées ; la névroglie était hyperplasiée, soit en foyers, soit en nappe, surtout au niveau des cornes antérieures et des parties attenantes des cordons antéro-latéraux. Le fin réseau de fibres nerveuses était intact sur une grande étendue. La pie-mère était considérablement épaissie.

Une lésion très curieuse était celle des muscles, qui avaient en partie subi la dégénérescence lipomateuse. Ils offraient un mélange de fibres musculaires, les unes atrophiées, les autres hypertrophiées (jusqu'à 150 μ) alternant avec des tractus graisseux. Les striations transversale et longitudinale étaient assez bien conservées. La prolifération du tissu conjonctif interstitiel était peu marquée ; en revanche, il y avait une prolifération considérable des noyaux musculaires.

Le second cas avait offert la marche de la paralysie de Landry ; l'observation en a été publiée par Immermann (*R. S. M.*, XXIX, 112). Ici les renflements lombaire et cervical de la moelle présentaient des foyers de destruction très nettement circonscrits en certains points des cornes antérieures, et en outre des lésions inflammatoires moins intenses, mais plus étendues au voisinage de ces foyers, de même que le long des axes longitudinal et transversal de la moelle. Dans les cordons antéro-latéraux, il y avait une dégénération modérée des fibres avec de la tuméfaction et de la prolifération des cellules de la névroglie ; au niveau des renflements, la dégénération des racines antérieures etait très marquée.

Les foyers ci-dessus représentent donc seulement les points où l'inflammation a été le plus violente. Leur forme assez souvent cunéiforme est un

indice de leurs rapports étroits avec les vaisseaux abondamment entourés de cellules rondes. Les degrés peu intenses d'inflammation étaient caractérisés par la conservation du réseau fin des fibres nerveuses, les altérations vasculaires très considérables et la dégénération des cellules ganglionnaires et des grosses fibres blanches ; mais on voyait aussi des places où tout se bornait à l'altération des vaisseaux et à une légère infiltration de cellules, sans lésions notables des cellules ganglionnaires.

Dans la discussion, Roth rappelle qu'il soutient depuis 13 ans que la myélite des enfants ne se cantonne nullement à la substance grise, mais qu'elle envahit aussi la blanche. J. B.

IV. — Travail reposant sur 22 observations qui montrent que l'existence dans la moelle d'un foyer de téphromyélite antérieure de l'enfance constitue une menace permanente pour l'avenir ; que le porteur de cette lésion est plus qu'un autre exposé à des affections spinales, poussées congestives, myélites aiguës, subaiguës ou chroniques. Le foyer cicatrisé joue dans la moelle le rôle d'épine irritante ; et à l'occasion de fatigues, de traumatismes variés, du froid, d'état infectieux, il peut être le point de départ d'inflammations qui envahissent les cornes antérieures de la moelle, et ce principalement pendant l'adolescence. H. L.

V. — La maladie, dans le cas de Féré, a évolué en six jours ; elle a été remarquable par la diffusion précoce de la paralysie ; la tachycardie s'est montrée presque dès le début. Il y a eu, dès le quatrième jour, perte totale de l'excitabilité faradique dans les muscles des membres et du tronc. P. L.

VI. — Schultze regarde la myélite cavitaire comme assez fréquente ; 119 cas ont été actuellement publiés. Il croit que le diagnostic en est ordinairement possible. L'affection frappe surtout les portions cervicale et dorsale de la moelle, détruisant principalement la substance grise. On observe donc une atrophie des muscles des membres supérieurs. Cette atrophie porte surtout au début sur les petits muscles de la main. A cette atrophie se joignent des troubles de la sensibilité, des douleurs plus ou moins vives. Les sensations thermiques sont de bonne heure abolies, tandis que les sensations tactiles et le sens musculaire restent relativement conservés. Des troubles trophiques, pouvant entraîner des lésions inflammatoires graves, se produisent dans la peau et les tissus profonds. La sécrétion sudorale est souvent modifiée. A une période avancée de la maladie, l'envahissement de la substance blanche, qui se produit souvent au niveau des cordons postérieurs et latéraux, l'envahissement du bulbe ajoutent à ce tableau clinique des phénomènes nouveaux plus ou moins complexes.

Schultze se demande quel est le mode de production des cavités qui se forment dans la moelle. Il rejette l'hypothèse de Joffroy et Achard, qui attribuent la syringomyélie à un ramollissement par thrombose ou embolie des vaisseaux centraux de la moelle. Dans les scléroses multiples, où ces lésions vasculaires existent, elles ne produisent en effet jamais de cavités. Il est disposé à faire jouer un rôle aux anomalies du canal central, situation vicieuse ou largeur exagérée. Dans quelques observations, on a signalé comme cause les augmentations de pression dues à des affections du cervelet. A.-F. PLICQUE.

VII. — De l'étude de 74 cas de syringomyélie pourvus de détails suffisants, Chiari conclut que presque toujours la cavité dépend du canal

de l'épendyme (simple dilatation, trouble de développement, etc.). Un bon nombre de ces faits se rapportent à la pathogénie suivante qui est celle d'un cas observé par l'auteur : la lésion consiste dans une dilatation du canal de l'épendyme, comme le prouvent sa continuité en haut et en bas avec ce canal et son revêtement d'épithélium cylindrique. C'est une hydromyélie interne, chronique, consécutive au développement de névroglie autour du canal central ; cette néoformation peut être comparée aux foyers de sclérose disséminés, et la maladie doit être mise en parallèle avec l'hydrocéphalie par épendymite chronique. LEFLAIVE.

VIII.—Le malade de Kahler est un homme de 26 ans, qui, depuis trois ans, offre : 1° de l'atrophie musculaire progressive au niveau des membres supérieurs, et surtout des muscles intrinsèques des mains ; 2° des lésions cutanées spéciales au niveau des épaules et des bras. Il s'agit de nombreuses plaques de gangrène dont les dimensions varient entre un kreuzer et la paume de la main ; ces plaques, bien circonscrites, donnent lieu à des ulcérations à suppuration prolongée auxquelles succèdent des cicatrices chéloïdiennes ; 3° des troubles de la sensibilité qui se bornent à la perte du sens de la température au niveau des mains et de l'avant-bras gauche ; 4° enfin, on constate chez lui des deux côtés, mais plus marqués à gauche, les phénomènes oculo-pupillaires d'une paralysie du sympathique.

C'est la combinaison de ces divers phénomènes morbides qui permet de poser le diagnostic de syringomyélie.

Quand le processus destructeur s'est étendu à la substance blanche de la moelle, on voit finalement survenir de la parésie spasmodique et de la paraplégie (*R. S. M.*, XXIX, 125 ; XXX, 451 ; XXXII, 118). J. B.

I. — **Atrophie musculaire des tabétiques ; sa nature périphérique, par J. DÉJERINE** (*C. R. Soc. biol.*, 25 *février* 1888).

II. — **De l'amyotrophie tabétique, par A. JOFFROY** (*Ibidem*, 3 *mars*).

III. — **Note complémentaire sur l'atrophie musculaire des tabétiques, par J. DÉJERINE** (*Ibidem*, 10 *mars* 1888).

IV. — **Arthropathia tabidorum, par SYMS** (*New York medical journal*, *p.* 1, *juillet* 1887).

V. — **Un cas d'arthropathie tabétique suppurée, par A. MOSSÉ** (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, *septembre* 1888).

VI. — **Zur Casuistik der Betheilung, etc. (Participation des nerfs périphériques au processus morbide dans le tabes), par NONNE** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XIX*, *Heft* 2, *p.* 352, 1888).

VII. — **Beitrag zur Ætiologie, Symptomatologie und Therapie des Tabes, par J. HOFFMANN** (*Ibidem*, *XIX*, *Heft* 2, *p.* 438, 1888).

VIII. — **Tabes dorsal et goitre exophtalmique, par BARIÉ** (*Soc. méd. des hôp.*, 14 *décembre* 1888).

IX. — **Des rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophtalmique, par JOFFROY** (*Ibidem*, *décembre* 1888).

X. — **Ueber die anatomische Localisation der hereditären Ataxie, par RÜTIMEYER** (*Corr.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 8, *p.* 252, *avril* 1888).

XI. — **Un caso di sclerosi laterale amiotrofica, par G. LUMBROSO** (*Lo Sperimentale*, *mai* 1888).

I. — Déjerine a trouvé, sur cent six ataxiques de son service à

Bicêtre, onze malades présentant des atrophies musculaires progressives. Il rapporte cinq observations cliniques avec autopsie et examen histologique. Il conclut que, le plus souvent, l'atrophie musculaire des tabétiques relève d'une névrite des nerfs moteurs périphériques : il existe donc, chez ces malades, à côté des névrites sensitives cutanées, déjà décrites par lui, en 1882, des névrites motrices présentant avec les premières de grandes analogies ; toutes deux, en effet, sont d'autant plus prononcées que l'on examine des troncs nerveux plus éloignés des centres ; toutes deux encore sont de nature périphérique car, dans les névrites cutanées, les ganglions spinaux sont indemnes de toute altération, de même que les cellules des cornes antérieures sont intactes dans les névrites motrices. Ces névrites motrices devront donc, elles aussi, être désormais regardées comme appartenant à la sclérose postérieure dont elles peuvent, en certains cas, singulièrement modifier la symptomatologie. PAUL LOYE.

II. — A propos des recherches de Déjerine sur la nature périphérique de l'atrophie musculaire des tabétiques, Joffroy cite des cas de Charcot, de Pierret, de Condoléon et de lui-même, dans lesquels cette atrophie était accompagnée soit d'une lésion en foyer, soit d'une lésion diffuse des cellules nerveuses motrices des cornes antérieures. P. L.

III. — Déjerine répond que, dans les cas rapportés par Joffroy, il s'agissait de la coïncidence d'une téphro-myélite aiguë, subaiguë ou chronique, avec l'ataxie, mais non pas d'une atrophie musculaire tabétique véritable. Celle-ci ne relève que d'une névrite des nerfs moteurs périphériques. P. L.

IV. — Il y a deux formes d'arthropathie des ataxiques : la forme atrophique et l'hypertrophique ; la seconde est celle qui gêne le moins les fonctions du membre. L'arthropathie se manifeste souvent avant les autres symptômes du tabes. L'auteur l'attribue à la dégénérescence des nerfs de la jointure plutôt qu'à des lésions du système nerveux central. Voici un fait :

Cuisinier, âgé de 56 ans, a éprouvé brusquement, il y a 4 ans, une sensation de faiblesse des membres inférieurs ; au bout de six mois, anesthésie plantaire. Il y a huit mois, gonflement subit du genou gauche qui en huit jours atteint son développement maximum ; mobilité latérale exagérée. Bientôt s'ajoute le gonflement de la jambe et de la cuisse.

Actuellement, anesthésie du membre inférieur gauche ; absence de réflexe rotulien, signe de Romberg, signe d'Argyll Robertson, atrophie partielle des nerfs optiques. La circonférence du genou gauche dépasse de 4 pouces celle du droit ; hypertrophie des extrémités osseuses, un peu de liquide. L. GALLIARD.

V. — Il s'agit d'un homme dont le tabes remontait à plus de 20 ans et qui, un jour, à la suite d'une crise prolongée de douleurs, se plaignit du coude droit dont le volume, du soir au matin, devint énorme ; laxité considérable de l'articulation et craquements faisant penser à des arthrophytes mobiles, pas de rougeur ni de phénomènes inflammatoires marqués de l'articulation. Au bout d'une douzaine de jours, phénomènes généraux d'une grande intensité, et dans l'articulation du coude symptômes inflammatoires très aigus. Mort de pneumonie. — A l'autopsie, on trouve en suppuration l'articulation du coude, avec fusées purulentes dans les interstices musculaires du bras et de l'avant-bras ; le condyle de l'humérus et une partie de la région externe de la trochlée sont entièrement dépourvus de cartilage et offrent l'aspect

éburné, les cavités coronoïdes olécrâniennes contiennent du pus et des corps étrangers de nouvelle formation, le bec de l'apophyse coronoïde et l'olécrâne sont en partie détruits; au contraire, le bord externe de la cupule du radius est épaissi et augmenté de volume ; la moelle épinière présentait une sclérose très nette des cordons postérieurs.

L'auteur, après avoir passé en revue les différents travaux et les opinions diverses sur l'arthropathie des ataxiques, arrive aux conclusions suivantes :

Les lésions macroscopiques ostéo-articulaires offrent des aspects différents pouvant être rattachés à trois types :

a) Type classique ou atrophique. — Atrophie, usure très marquées, disparition d'une partie plus ou moins considérable des surfaces articulaires, des ligaments.

b) Type hypertrophique. — Augmentation de volume des épiphyses, stalactites osseuses, arthrophytes.

c) Type mixte. — Coexistence des lésions proliératives et des lésions destructives à des degrés divers. PIERRE MARIE.

VI. — Nonne rapporte les faits suivants :

1° Homme de 40 ans, syphilitique. Deux ans après le chancre, développement d'une atrophie de la main : puis, six ans plus tard, paralysie passagère de l'œil droit. Ultérieurement, faiblesse des jambes, paralysie vésicale, démarche ataxique, atrophie du nerf optique, etc. Ici, la névrite périphérique avait ouvert la scène : les signes de sclérose tabétique n'étaient venus que plus tard.

2° Deux autres observations montrent des névrites périphériques circonscrites et passagères au cours du tabes.

3° Enfin, une quatrième observation concerne un tabétique syphilitique qui, trois ans après le début de son ataxie, présente de l'atrophie musculaire des mains, avec les caractères électriques de la dégénérescence. RICKLIN.

VII. — Hoffmann publie cinq observations de tabes destinées à mettre en relief l'influence étiologique de la syphilis.

Au point de vue symptomatique, quelques remarques intéressantes : le premier de ces malades eut de la chute des dents et des ongles, de la diminution de la sécrétion sudorale avec de la salivation, des crises gastriques et de l'entérorrhée.

Chez trois autres sujets, la symptomatologie était dominée par les manifestations gastro-intestinales; chez le sujet de la seconde observation, l'auteur a pu constater l'hyperacidité du contenu de l'estomac au moment des crises gastriques. Deux malades ont présenté des mouvements fébriles ; l'un de ces deux tabétiques avait montré des attaques épileptiformes, l'autre de l'irrégularité du pouls, toutes manifestations que l'auteur rattache à l'envahissement du bulbe par les lésions tabétiques.

Le sujet de la dernière observation a de la parésie et de l'atrophie des petits muscles des mains, avec réaction de dégérescence, manifestations auxquelles l'auteur assigne comme cause une dégénérescence de la substance prise des cornes antérieures. E. RICKLIN.

VIII. — Barié rapporte l'histoire d'un malade présentant des troubles variés : d'une part, les signes du tabes, douleurs fulgurantes, signe de Romberg, abolition du réflexe patellaire, anesthésie plantaire, incoordination des mouvements, vertiges, crises gastralgiques; d'autre part, les signes de la maladie de Basedow, exorbitisme, tachycardie, hypertrophie du cœur, gonflement du corps thyroïde, tremblement, polyurie, etc. Il conclut de ce synchronisme que l'on peut voir survenir au cours du

tabes les signes classiques du goitre exophthalmique; que ces phénomènes sont l'expression, non d'une maladie évoluant parallèlement, mais d'un complexus pathologique qui siège dans le centre bulbo-protubérantiel; il rapproche le goitre exophthalmique dans le tabes des troubles bulbaires décrits par Pierret, Joffroy, etc.; il admet que le goitre peut être un symptôme non de la période d'état, mais du début du tabes, qu'il est lié sans doute à une simple hyperémie congestive qui peut s'amender par l'emploi de l'ergot de seigle et la faradisation. H. L.

IX. — Joffroy rapporte très résumée l'histoire de 7 femmes, tabétiques, présentant toutes de la tachycardie, six de la protusion oculaire, deux la tumeur thyroïdienne; il s'inscrit contre l'opinion de Barié, et croit que chez le même sujet on peut voir réunies la maladie de Basedow et la maladie de Duchenne; il reconnaît d'ailleurs que l'ataxie peut parfois donner lieu à la tachycardie et peut-être à un léger degré de protrusion de l'œil. H. L.

X. — Rütimeyer a fait deux autopsies d'ataxie héréditaire. Ce qui les caractérise, c'est surtout la délimitation tout à fait systématique du processus scléreux dans les cordons latéraux, le long du trajet des cordons pyramidaux et cérébelleux.

Les cordons pyramidaux antérieurs sont absolument intacts. Dans les cordons postérieurs, ce sont essentiellement les cordons de Goll qui sont dégénérés, puis à différents niveaux, certaines parties des cordons de Burdach. Les portions des cordons postérieurs, qui sont relativement épargnées, sont les régions antéro-externes et les régions internes voisines de l'émergence des racines postérieures.

Dans la substance grise, contrairement à ce qu'on voit dans l'ataxie classique, les cellules et les fibres des colonnes de Clarke sont malades ainsi que les racines postérieures, tandis que la zone marginale de Lissauer est demeurée indemne.

Rütimeyer conclut que l'ataxie héréditaire constitue un groupe morbide ayant ses caractères cliniques et anatomiques propres.

Jusqu'ici, on en possède 98 cas, répartis en 36 familles et comprenant 51 hommes et 39 femmes. J. B.

XI. — Lumbroso a trouvé des corps granuleux non seulement dans les cordons latéraux et antéro-latéraux de la moelle, mais aussi dans la protubérance et la capsule interne (pédoncules non examinés), au niveau du passage des fibres du faisceau pyramidal; ces corps granuleux existaient aussi dans les circonvolutions motrices de l'écorce. L'auteur n'a pas constaté de lésions des cellules de la substance grise de l'écorce. Le nombre des corps granuleux ne serait, d'après Lumbroso, nullement proportionnel à l'intensité des lésions. Pas de lésions des cordons postérieurs, légères altérations des colonnes de Clarke. Au point de vue étiologique, Lumbroso fait observer que ce malade avait dans sa famille un certain nombre d'épileptiques et qu'il avait été soumis à l'infection palustre. PIERRE MARIE.

I. — Chorée héréditaire, par LANNOIS (*Revue de médecine, août* 1888).

II. — Contribution à l'étude de la chorée rythmée, par HORCHOLLE (*Thèse de Paris, n°* 298, 1888).

I. — Lannois publie une revue critique sur la chorée héréditaire d'Hutington. Au point de vue symptomatique, elle se rapproche beau-

coup de la chorée de Sydenham, dont elle diffère cependant par ce fait capital, que la volonté fait temporairement cesser les mouvements incoordonnés.

Un certain nombre de faits, englobés sous le nom de chorée des adultes ou de chorée des vieillards, doit vraisemblablement être rattaché à la chorée héréditaire. Le diagnostic ne présente pas de difficultés sérieuses, il doit cependant être fait avec les autres formes de chorée arythmique, avec le paramyoclonus multiplex et surtout avec la maladie des tics convulsifs. La marche est lentement progressive et aboutit, au bout d'un temps plus ou moins long, à la mort; la chorée héréditaire est jusqu'à présent incurable. C. GIRAUDEAU.

II. — Horcholle soutient l'opinion professée par Charcot, que la chorée rythmée est toujours une manifestation hystérique, probablement même une variété d'attaque hystérique ou une des phases de celle-ci. Cependant les stigmates hystériques font assez souvent défaut chez les malades qui en sont atteints, et même l'attaque de chorée peut faire momentanément disparaître ces stigmates chez les malades qui les présentaient antérieurement. Un chapitre tout entier est consacré par l'auteur à soutenir cette opinion, que « la chorée vulgaire (chorée de Sydenham) se rapproche, par beaucoup de côtés, de l'hystérie, dont elle n'est peut-être que l'expression juvénile la plus fréquente ». Cette thèse contient un assez grand nombre d'observations, dont plusieurs personnelles.

PIERRE MARIE.

I. — **Die Rolle der Suggestion, etc. (Rôle de la suggestion dans certaines manifestations de l'hystérie et de l'hypnotisme), par Armand HÜCKEL** (*Iéna*, 1888).

II. — **Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques, par A. MACÉ** (*Thèse de Paris*, 1888).

III. — **A case of almost complete anesthœsia with ataxia of the limbs, par C. BEEVOR** (*Brain, p.* 112, *avril* 1888).

IV. — **Hysterical fever, par Frank BRESSLER** (*N. York medic. Record, p.* 466, *avril* 1888).

V. — **Des vomissements incoercibles chez les hystériques, par H. BASSET** (*Thèse de Paris*, 1888).

VI. — **A case of anorexia nervosa, par EDGE** (*Lancet*, 28 *avril* 1888).

VII. — **Du mutisme hystérique, par Marcel NATIER** (*Revue mens. de laryngol.*, *n°* 4, 1888).

VIII. — **De la nature hystérique de la tétanie essentielle, par R. ZALDIVAR** (*Thèse de Paris*, 1888).

IX. — **Hystérie saturnine, monoplégie brachiale, par DUTIL** (*Gaz. méd. de Paris*, 27 *octobre* 1888).

X. — **Sulfure de carbone et hystérie, par P. MARIE** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *novembre* 1888).

XI. — **Un cas d'hystéro-traumatisme, par BITOT et LAMARQUE** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 *décembre* 1888).

XII. — **Des spasmes rythmiques hystériques, par PITRES** (*Gaz. méd. de Paris*, *mars-juin* 1888).

XIII. — Des contractures hystériques, par PITRES (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 *novembre* 1888).

XIV. — Demonstration einer Contractur, etc. (Contracture faciale d'origine hystérique), par MENDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 872, 22 *octobre* 1888).

XV. — Sulla paralisi del faciale di natura isterica, par G. LUMBROSO (*Lo Sperimentale*, *janvier* 1888).

XVI. — Ein Fall von Tremor hereditarius, etc. (Tremblement disparaissant à la suite d'une paralysie du membre supérieur), par HŒBLER (*Ibidem*, *p.* 851, 15 *octobre* 1888).

XVII. — Études sur l'hystérie infantile, par Arthur CLOPATT (*Helsingfors et Paris*, 1888).

XVIII. — Contribution à l'étude des cécités verbales, par GIRAULT (*Thèse de Bordeaux*, *n°* 62, 1887-1888).

XIX. — La nutrition dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU (*Progrès médical*, 1er *décembre* 1888).

I. — Hückel pense que la suggestion joue sinon le seul rôle, tout au moins le principal rôle dans la plupart des phénomènes spontanés de l'hystérie et de l'hypnotisme, et surtout dans les phénomènes provoqués chez ces malades. D'après Hückel, le transfert de l'anesthésie ou de la paralysie, les contractures, les différents états constatés dans l'hypnotisme, tout cela ne serait que le résultat de la suggestion; suggestion directe, voulue, indéniable, ou bien plus souvent encore involontaire, inconsciente, qui ne peut être retrouvée que par une analyse délicate des circonstances dans lesquelles ces phénomènes se sont produits. L'auteur appuie ses critiques du récit d'un certain nombre d'expériences personnelles. PIERRE MARIE.

II. — Les accidents pseudoméningitiques des hystériques peuvent se produire avec ou sans fièvre; ils sont constitués principalement par une céphalalgie violente, de la photophobie, une hyperesthésie généralisée, des vomissements, des contractures partielles. On peut observer en plus le ralentissement du pouls, la raie méningitique, la constipation opiniâtre avec rétraction du ventre. Le diagnostic, quelquefois impossible au début, se fait grâce à la connaissance des antécédents et à la recherche des stigmates hystériques. Dans certains cas, les phénomènes pseudoméningitiques apparaissent d'une façon primitive ; dans d'autres cas, ils sont secondaires et surviennent à l'occasion d'une fièvre gastrique, d'une vaginite, d'une amygdalite, etc. Cette thèse contient huit observations, dont deux personnelles. PIERRE MARIE.

III. — Femme de 24 ans, atteinte d'une anesthésie presque complète du côté droit du corps et des membres et d'une anesthésie incomplète du côté gauche; perte du sens musculaire et de l'appréciation du poids des objets, ataxie prononcée des quatre membres, une fois les yeux fermés, sans paralysie véritable. Exagération des réflexes sans contracture des membres inférieurs.

Il s'agit là d'un cas semblable à ceux rapportés par Bastian dans son étude sur le sens musculaire : c'est probablement de l'hystérie, mais qui jusqu'ici est restée rebelle à tout traitement. H. R.

IV. — Voici les signes différentiels indiqués par Bressler entre la

fièvre typhoïde et la fièvre hystérique. Début par de petits frissons, perte de l'appétit, constipation, langue chargée, céphalalgie, facies animé ; les lèvres se fendillent, les yeux sont brillants, l'intelligence obscurcie ; il y a de l'hyperesthésie généralisée, les sens spéciaux sont exaltés, le caractère est irritable, l'appétit est ou perdu ou perverti, les vomissements sont fréquents, le ventre tendu est très sensible à la pression, surtout dans la région de l'ovaire, ce qui est un élément précieux de diagnostic. L'insomnie est constante, le pouls rapide jusqu'à 120. La température est caractéristique par ses brusques modifications, de 38° à 40,5 quelques heures après. Elle peut durer de quelques heures à de nombreux jours.

Elle présente assez souvent le type inverse.

La durée incertaine varie avec chaque cas particulier, le pronostic est toujours favorable. Le traitement est celui de l'hystérie additionné de quelques fébrifuges ; l'antifébrine a particulièrement réussi.

P. DUFLOCQ.

V. — Basset divise au point de vue pathogénique ces vomissements en cinq classes : 1° par perversion de la volonté ; 2° par diminution ou suppression du besoin de réparation ; 3° par troubles fonctionnels de la tunique musculaire de l'estomac ; 4° par troubles de la sensibilité ; 5° par troubles vaso-moteurs ou sécrétoires. Puis il étudie cette manifestation hystérique à propos de sa séméiologie, du diagnostic et du traitement.

Ce travail contient 31 observations dont plusieurs personnelles.

PIERRE MARIE.

VI. — Edge publie l'histoire d'une hystérique chez laquelle l'anorexie s'accompagnait d'un état mental qui n'a pas été souvent signalé : la malade avait de plus de l'incontinence des matières fécales et de l'urine, symptôme assurément rare chez les névropathiques. Le dégoût pour les aliments datait de trois mois et avait augmenté peu à peu au point que depuis une semaine, au moment de son entrée à l'hôpital, la malade n'avait rien pu avaler. Il signale la constipation, l'aménorrhée, le besoin de mouvement et un certain degré de mutisme. Tous ces phénomènes diminuèrent peu à peu, mais la malade ne mit pas moins de six mois avant de voir sa santé se rétablir complètement.

VII. — Natier a réuni 71 observations de mutisme hystérique, dont 17 seulement avec examen laryngoscopique. Le mutisme se rencontre d'une façon égale chez l'homme et la femme ; il a pour caractères : son début soudain, sa disparition également rapide, la pleine conservation de l'intelligence, la présence fréquente d'autres manifestations de l'hystérie, anesthésie, amblyopie, cécité des couleurs, zones hystérogènes, etc.

L'examen du larynx a révélé souvent l'intégrité fonctionnelle de l'organe, d'autres fois une parésie portant surtout sur les adducteurs et tenseurs des cordes. Il ne s'agit donc pas d'une aphonie, mais bien d'une aphasie motrice. L'auteur discute avec soin la pathogénie de cet accident ; on trouvera dans son travail le résumé de toutes les observations connues.

A. CARTAZ.

VIII. — Zaldivar s'appuyant sur une observation recueillie dans le service de Dieulafoy montre que l'on trouve toujours dans la tétanie des caractères propres à l'hystérie et notamment que les troubles de la sensibitité dans ces deux affections sont analogues. Pour lui la tétanie n'est qu'une hystérie locale, une manifestation de cette diathèse de contracture dé-

crite par Charcot dans l'hystérie ; l'application de la bande d'Esmarch notamment détermine immédiatement la contracture. Pour le traitement il convient d'employer le transfert par l'aimant, les douches, les bains prolongés, la bande d'Esmarch; la guérison est ordinairement très rapide. PIERRE MARIE.

IX. — Homme de 36 ans, peintre en bâtiments. En 1882, à la suite d'une colique de plomb, première atteinte d'hémiplégie gauche, durant neuf mois. Plus tard trois nouvelles attaques douloureuses sans paralysie. Depuis trois semaines, il existe une monoplégie totale, flasque du membre supérieur gauche très accusée, mais non absolue, avec diminution de la sensibilité. Par l'application d'un aimant, celle-ci redevient normale. OZENNE.

X. — Marie rapporte deux observations d'ouvriers ayant travaillé au sulfure de carbone, qui présentèrent des accidents d'hémiplégie incomplète accompagnée d'hémianesthésie du même côté, et de la série des troubles oculaires habituels aux hystériques. D'après lui, une partie des accidents nerveux décrits par Delpech, Bonnet, etc., et rapportés par eux à l'intoxication sulfo-carbonée, sont imputables à l'hystérie. Marie décrit d'ailleurs à côté de l'hystérie les lésions de névrites périphériques relevant de la même origine toxique. H. L.

XI. — Dans l'observation de Bitot et Lamarque, l'hystérie est provoquée par le traumatisme, à la suite d'une chute accompagnée d'une petite plaie de la face. Le malade présente au bout de huit jours une légère ecchymose sous-conjonctivale et des troubles de la parole ainsi que de la sensibilité. Bientôt survient un tic convulsif de la face, l'impossibilité d'articuler les mots, la difficulté d'écrire, l'anesthésie pharyngienne. On retrouve dans les antécédents de cet homme des traces non douteuses d'hystérie.

XII. — Les spasmes rythmiques, d'origine hystérique, sont divisés par Pitres en trois groupes : *a*) spasmes rythmiques localisés ou tics hystériques; *b*) spasmes systématisés ou gesticulatoires; *c*) spasmes rythmiques respiratoires.

Les premiers siègent isolément sur un muscle ou un groupe musculaire limité; ils affectent de préférence les muscles du cou et se montrent à la suite d'émotions ou après des traumatismes. A ces spasmes doivent être rattachés les accidents qui constituent la chorée électrique.

Les spasmes systématisés présentent plusieurs formes : salutatoire, saltatoire (besoin irrésistible de sauter), malléatoire (mouvements du forgeron), enfin oscillatoire (balancement alternatif du tronc ou des membres).

Quant aux spasmes respiratoires, ils peuvent être divisés en spasmes simples, mixtes et compliqués. Les premiers sont de beaucoup les plus fréquents et déterminent des phénomènes variés : toux et renâclement hystériques, si l'expiration est en jeu; hoquet et ronflement, s'ils se produisent pendant l'inspiration.

Si les spasmes intéressent à la fois les muscles inspirateurs et expirateurs, ils sont dits mixtes, et l'on observe alors le bâillement et l'éternuement. Enfin, les spasmes respiratoires se compliquent de bruits anormaux, inarticulés (mugissement), ou de troubles de la phonation (bégaiement).

Les spasmes rythmiques hystériques surviennent ordinairement chez des enfants ou de jeunes adultes prédisposés à l'hystérie. Se développant habituellement à la suite d'émotions de traumatismes ou d'attaques

convulsives, ils s'installent tout d'un coup avec le type qu'ils conserveront jusqu'à leur disparition.

Ils cessent pendant le sommeil naturel et quelquefois pendant le sommeil hypnotique provoqué et peuvent être suspendus soit par la pression de zones frénatrices, soit par la fixation de l'attention, soit par la mise en activité de certains muscles. La durée de ces spasmes est très variable. Le traitement, qui leur est applicable, souvent infructueux, est celui de la diathèse hystérique. OZENNE.

XIII. — Les contractures des hystériques sont provoquées par de nombreux modes d'excitation que l'on peut ranger en quatre groupes : excitations cutanées, musculaires, ostéo-fibreuses et psychiques. Pour faire disparaître ces contractures, on peut aussi employer de nombreux moyens, tels que l'insufflation brusque de la peau, le massage, la compression musculaire ou ovarienne, le pincement des tendons, enfin, parfois la suggestion. Ces contractures expérimentales sont diversement influencées par l'ischémie des membres, l'aimantation et les applications métalliques. OZENNE.

XIV. — La malade de Mendel, âgée de 25 ans, présentait, depuis un an, un hémispasme de la face qui simulait une hémiplégie faciale gauche. Les frictions faisaient disparaître la contracture et celle-ci passait du côté gauche, l'application de métaux produisait également le transfert.

A rapprocher d'un fait de Charcot où la contracture du facial se produisait chaque fois qu'on retirait l'oreiller sur lequel reposait la malade.

XV. — Lumbroso combat l'opinion de Brissaud et Marie (*R. S. M.*, XXX, 137), d'après laquelle la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique serait le résultat d'une contracture. Lumbroso soutient qu'il s'agit bien d'une paralysie véritable, n'offrant aucune différence avec les paralysies vraies à frigore ou organiques et publie trois observations à l'appui de cette thèse. A. C.

XVI. — Homme robuste de 64 ans, ayant hérité de son tremblement du côté maternel : grand'mère, mère, deux frères de celle-ci et la sœur du malade présentent le même trouble moteur également localisé aux avant-bras et aux mains.

Le tremblement s'accuse dans les moindres mouvements fonctionnels, et devient très intense quand il s'agit d'écrire ou de saisir des objets un peu menus.

Au commencement d'août 1887, cet homme s'endormit à table, la tête appuyée sur la main droite. A son réveil, le pouce, l'index, le médius et le poignet étaient paralysés, ainsi que les extenseurs du côté droit.

Deux applications d'un courant d'induction (les électrodes dans chaque main) suffisent à faire disparaître non seulement la paralysie, mais aussi le tremblement du membre droit, tandis qu'à gauche le trouble moteur est resté le même.

En octobre 1888, il n'y a pas eu de récidive. J. B.

XVII. — Travail donnant le relevé, le sommaire et les indications bibliographiques de 272 observations d'hystérie infantile.

PIERRE MARIE.

XVIII. — L'observation qui forme le fond de la thèse de Girault est celle d'une femme V..., âgée de 31 ans, qui, à la suite d'un accouchement compliqué d'éclampsie et d'hémorragie abondante, a présenté des troubles visuels bizarres.

L'acuité visuelle centrale est normale, mais le champ visuel est très rétréci et ne dépasse pas 10 degrés dans la moitié supérieure. Quant à la moitié

inférieure, elle manque totalement; il y a hémianopsie inférieure des deux yeux. Pas de troubles moteurs, sensibilité cutanée un peu émoussée, sens musculaire à peu près normal, anesthésie du pharynx, réflexes normaux.

La malade comprend tout ce qu'on lui dit et parle facilement, mais elle paraît avoir complètement perdu le *sens de l'espace*. Elle reconnaît parfaitement les lettres individuellement, de même que les chiffres, mais elle ne peut lire aucun groupement de lettres, elle ne peut plus énumérer les lettres dans leur ordre, elle les nomme çà et là, au hasard. Elle reconnaît cependant certains mots bien connus, qui, par leur usage fréquent, ont fini par constituer pour elle une sorte d'unité graphique. V... ne peut pas écrire une seule lettre, elle fait des traits sans ordre. Il en est des objets comme des lettres, elle ne distingue pas sa main droite de sa gauche et ne se rend pas compte de la position respective des objets, ce qui fait qu'en marchant elle se heurte à des obstacles qu'elle voit fort bien et qu'elle ne peut pas se conduire, même dans les endroits qu'elle connaît le mieux. Il semble qu'elle ait perdu la notion du temps, et elle confond facilement les dates.

Badal, dans le service duquel cette observation a été recueillie, rattache ce fait aux hystéries traumatiques ou par ébranlement.

W. DUBREUILH.

XIX. — Les auteurs ont voulu contrôler l'opinion courante que les hystériques ne s'alimentent que très insuffisamment, et par contre que leur nutrition générale ne semble pas souffrir de ce défaut d'alimentation.

Ils ont fait porter leurs recherches sur la sécrétion urinaire de 10 femmes hystériques, et ont noté le volume de l'urine, le résidu fixe, l'urée et l'acide phosphorique. Ils ont constaté que, chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose, la nutrition s'effectue normalement, que les hystériques ne constituent point des êtres à part. H. L.

I. — Sur un cas d'hémimyoclonus, par O. MINKOWSKI (*Mittheilungen aus der med. Klinik zu Königsberg*, 1888).

II. — Paramyoclonus multiplex, par BECHTEREW (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr., Band XIX, Heft* 1, *p.* 88).

III. — Ueber Myoclonus und Myoclonie (Sur le myoclonus et la myoclonie), par ZIEHEN (*Ibidem, Band XIX, Heft* 2, *p.* 468).

IV. — Ueber ein dem Paramyoclonus multiplex par E. KNY (*Ibidem, Band XIX, Heft* 3, *p.* 577).

V. — Ueber Paramyoclonus multiplex... (Sur le paramyoclonus multiplex et sur des spasmes musculaires idiopathiques), par A. R. MARINA (*Ibid. XIX, p.* 684).

I. — Il s'agit d'un homme de 17 ans présentant des convulsions cloniques dans les muscles de la moitié gauche du corps, qui se sont manifestées après une peur violente, durèrent plusieurs semaines d'une façon presque ininterrompue, et étaient augmentées par les excitations psychiques, diminuaient notablement dans le sommeil, cessaient entièrement dans la narcose chloroformique. Elles n'étaient accompagnées d'aucune paralysie motrice évidente, d'aucune atrophie, non plus que d'aucune altération de l'excitabilité électrique ou mécanique dans les muscles atteints; mais il existait une diminution notable de la sensibilité et une augmentation manifeste des réflexes tendineux du côté affecté.

L'auteur reconnaît que, à part la localisation unilatérale, ces secousses

musculaires présentent encore un certain nombre de différences avec le paramyoclonus multiplex de Friedreich ; il pense cependant pouvoir appliquer à ce cas la dénomination d'hémimyoclonus.

S'appuyant sur l'unilatéralité des secousses dans son cas et sur leur caractère clonique, Minkowski pense qu'il s'agit là vraisemblablement d'une affection d'origine cérébrale. PIERRE MARIE.

II. — Il s'agit d'une femme de 28 ans, qui a présenté les premiers symptômes de l'affection, à la suite de pertes profuses déterminées par un avortement. Les spasmes ont cessé pendant la durée d'une grossesse subséquente pour réapparaître ensuite. Ils étaient précédés par une sensation douloureuse dans les membres ; ils affectaient symétriquement les membres, envahissaient quelquefois la face et jusqu'aux muscles de la langue, où ils revêtaient surtout le caractère tétanique. Les émotions, le décubitus dorsal favorisaient le retour des spasmes. On pouvait les faire éclater à volonté en percutant les tendons, en pinçant la peau. La répétition d'un même mouvement (couture) les réveillait également.

La maladie a présenté une durée insolite (quatre ans). Un traitement par le valérianate de zinc, l'arsenic et le fer, avait procuré une amélioration très franche. E. RICKLIN.

III. — Ziehen rapporte une première observation de myoclonus chez un garçon épileptique depuis son enfance et frappé de démence. Chez ce malade, les spasmes, qui affectaient un caractère rythmique, étaient à peu de chose près limités aux bras,—localisation non signalée jusqu'ici,—et ressemblaient aux spasmes de la chorée électrique. Les frictions énergiques exagéraient les spasmes ; de légers massages produisaient l'effet inverse. Le malade a été soumis au régime de Playfair, à des exercices de gymnastique médicale et au massage ; sous l'influence de ce traitement, il a été débarrassé de ses spasmes en l'espace de quatre jours.

Une autre observation concerne une femme de 50 ans, dont la grand'mère, la mère, deux frères et un neveu avaient été atteints de mélancolie, et qui avait eu elle-même deux accès de ce genre de psychose. Lors d'un troisième accès, elle fut prise de spasmes myocloniques rythmiques aux membres supérieurs, qui persistèrent environ deux mois, accompagnés d'un état de contracture des membres inférieurs, que la malade pouvait faire cesser par un effort de volonté. Ces troubles spasmodiques se dissipèrent spontanément.

L'auteur insiste sur ce que les cas de paramyoclonus, publiés depuis le fait de Friedreich, sont loin de réaliser une symptomatologie uniforme. Il n'y a pas de différence essentielle entre le paramyoclonus multiplex, le tic convulsif de la face et la chorée électrique : c'est là un syndrome auquel l'auteur propose de donner le nom de myoclonie. D'après cette manière de voir, le paramyoclonus multiplex de Friedreich représenterait la *forme brachiocrurale* de la myoclonie, le tic convulsif la *forme faciale*, la chorée électrique la *forme diffuse*.

Ziehen a relaté également deux observations de myoclonie symptomatique chez des épileptiques. E. RICKLIN.

IV. — Kny publie deux cas d'une affection musculaire spasmodique, qui offre une grande ressemblance avec le paramyoclonus multiplex de Friedreich. Voici quelques renseignements sur le second de ces faits :

Le sujet, un paysan de 28 ans, était indemne de syphilis et d'alcoolisme ; il fut contusionné à l'aine gauche par un timon de voiture, et mit trois mois environ à se rétablir des suites de cet accident. Huit jours après la guérison, il éprouva, pour la première fois, une sensation de tiraillements dans le mollet droit d'abord, puis dans le mollet gauche. Quand il avait marché

beaucoup, cette sensation s'irradiait jusqu'aux pieds. Puis, peu à peu, les muscles des membres inférieurs devinrent le siège de secousses convulsives, semblables à des contractions fibrillaires, et qui atteignaient leur plus grande intensité dans les muscles gastrocnémiens et quadriceps. Les orteils étaient dans une agitation continue. Des contractions fasciculaires plus faibles se remarquaient également aux deltoïdes, aux muscles pectoraux et dorsaux et aux extenseurs des bras.

Ces contractions étaient plus fortes à droite qu'à gauche; leur rythme était variable d'un moment à l'autre; sauf aux orteils, elles ne produisaient pas de déplacement des parties agitées; elles s'exagéraient sous l'influence des excitations cutanées, se calmaient pendant les mouvements actifs et cessaient complètement en plein sommeil. Les réflexes patellaires étaient très prononcés; les réflexes cutanés étaient exagérés, ainsi que l'excitabilité idio-musculaire. Sensibilité intacte; la compressibilité des troncs nerveux n'était pas douloureuse.

Tout cela répond bien au tableau clinique du paramyoclonus multiplex, sauf que, dans ce cas, comme dans l'autre du même auteur, on a noté certaines anomalies de la réaction électrique des muscles agités, qui sont étrangères au syndrome de Friedreich.

V. — Marina a réuni dans son travail les principaux cas de paramyoclonus multiplex, au nombre de vingt, publiés jusqu'ici; il y a joint deux observations personnelles, qui ne présentent que peu de particularités à signaler.

Dans le premier cas, on relève, en fait de renseignements étiologiques, le tabagisme et l'intoxication palustre. Chez ce malade, la compression des apophyses épineuses dorsales et lombaires, et d'un nœvus situé dans la région sacrée atténuaient les accès de paramyoclonus. La guérison a été obtenue à la suite d'un traitement par l'électricité (galvanisation descendante du rachis) associé à la médication bromurée.

Ce traitement a été inefficace chez le second malade, la guérison a été obtenue par le repos au lit et la galvanisation ascendante du rachis. L'affection était survenue à la suite de chagrins et de plusieurs atteintes de catarrhe intestinal. Les attaques débutaient par de l'angoisse, du vertige et de la dyspnée; pendant les accès, les muscles de l'abdomen se contractaient et se relâchaient 60 fois par minute, avec production de borborygmes. A noter encore que, chez ce malade, des contractions rythmiques agitaient le voile du palais, la luette et la corde vocale droite, et qu'il existait des deux côtés un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Suivent quelques considérations sur la nature du paramyoclonus multiplex, dénomination que l'auteur propose de remplacer par celle de myospasie, en considération de ce fait que, dans 8 cas sur 22, des contractions toniques coexistaient avec les contractions cloniques.

E. RICKLIN.

I. — Polymyositis acuta progressiva, par UNVERRICHT (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *XII*, *p.* 533).

II. — Deux cas de polymyosite puerpérale, par WAETZOLD (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 493, 11 *juin* 1888).

III. — Ein Fall von acuter Polymyositis, par E. WAGNER (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, *XL*, *Heft* 3-4, *p.* 241).

I. — « Affection aiguë frappant en peu de temps presque tous les

muscles de la vie volontaire, offrant tous les caractères de l'inflammation, douleur, gonflement, suppuration, etc., présentant une évolution aiguë et se terminant par la mort. » Telle est l'affection nouvelle et très différente des formes chroniques de polymyosite, dont Unverricht rapporte une observation. Chez son malade, l'affection frappa avec plus d'intensité les extrémités et surtout les muscles extenseurs; la mort survint par paralysie respiratoire. Le diagnostic porté pendant la vie fut trichinose, malgré le résultat négatif fourni par un examen microscopique.

A l'autopsie, des examens réitérés démontrèrent l'absence de trichines. Le diaphragme et les muscles de l'œil étaient sains alors qu'ils sont spécialement frappés dans la trichinose. Sur tous les autres muscles, nombreuses taches blanches et rouges offrant l'aspect de la suppuration et de l'extravasation. Au microscope, lésions inflammatoires avec dégénérescence graisseuse assez analogues aux lésions musculaires de la fièvre typhoïde. Cette analogie est, avec la marche clinique, une preuve de l'origine infectieuse de la maladie. A. F. PLICQUE.

II. — Le premier cas de Wætzold a débuté le troisième jour des couches et s'est terminé mortellement dès le cinquième; le second cas est survenu dans la septième semaine après l'accouchement et est presque guéri maintenant. Il présentait aussi la tension spasmodique des muscles affectés avec douleurs spontanées, exagérées par les mouvements et la pression.

Chez la femme qui a succombé, on a constaté les lésions suivantes : myosite interstitielle intense avec début de suppuration; myosite parenchymateuse et streptocoques.

Sur la malade qui a guéri, on a excisé à deux reprises des fragments de muscles dans lesquels existait également de la myosite interstitielle et parenchimateuse.

Dans la discussion, Rosenheim rattache le premier cas de Wætzold à une pyohénie avec embolies bactériennes, parce que selon lui on n'a pas encore signalé d'abcès en voie de formation dans la myosite infectieuse ni dans la névrite.

A cela, Wætzold répond qu'Unverricht a vu des abcès et des hémorragies dans un cas de névrite à évolution prolongée. Si l'on admet qu'il s'agit au contraire d'embolies bactériennes, il est singulier de les rencontrer exclusivement dans les muscles malades. J. B.

III.— Une femme de 34 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, présente un gonflement d'apparence œdémateuse qui occupe le bras et l'avant-bras des deux côtés. Il n'y a pas de dépression digitale, pas de douleurs à la pression le long des nerfs, pas de réaction électrique anormale des muscles correspondants. Au bout d'un mois environ, ce gonflement a notablement diminué. A l'autopsie on trouve un œdème limité des deux extrémités supérieures; une infiltration tuberculeuse du sommet des poumons, avec bronchite diffuse; ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

L'examen microscopique montra dans les muscles du bras des lésions que l'auteur attribue à une véritable myosite.

Dans les faisceaux musculaires quelques petits foyers d'hémorragie disséminés et de l'œdème des faisceaux musculaires caractérisé par une augmentation de volume de ces faisceaux qui sont plus larges et plus clairs et se colorent mal; par un écartement anormal de ces mêmes faisceaux. Dans les interstices inter-fasciculaires on trouvait de petites masses granuleuses, semblables à des noyaux en voie de rétraction; pas de noyaux sains. La striation des faisceaux musculaires était moins marquée que normalement.

Les faisceaux musculaires eux-mêmes avaient subi des dégénérescences diverses inégalement réparties : tuméfaction trouble, dégénérescence graisseuse, dégénérescence cireuse. Un certain nombre de fibres musculaires présentaient de l'atrophie simple avec multiplication de leurs noyaux. Il existait de plus par îlots une infiltration intense d'éléments embryonnaires. Cette multiplication cellulaire paraissait se faire à la fois à l'extérieur des faisceaux musculaires et dans les faisceaux eux-mêmes.

Sur certains points on pouvait constater la prolifération des noyaux des fibres musculaires.

Les muscles les plus atteints étaient : le muscle droit abdominal, muscles intercostaux, soléaires. Sur trois cents coupes environ G. Wagner trouva seulement trois trichines : l'une d'elles dans le diaphragme. Pas de lésion musculaire notable.

L'auteur pense que ce cas est un exemple d'atrophie musculaire progressive à marche extrêmement rapide ; une atrophie progressive des muscles ou une polymyosite très aiguë. ALBERT MATHIEU.

I. — Des abcès du cœur dans l'endocardite infectieuse, par RICHARDIÈRE (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 237, 1888).

II. — Ueber Endocarditis pneumonica, par WEICHSELBAUM (*Wien. med. Woch.*, *n°* 35, 1888).

III. — On cardiac degeneration from the pressure of abdominal tumours, par Bedford FENWICK (*Lancet*, 26 *mai* 1888).

IV. — On stomach flatulence in heart disease, par H. GOODRIDGE (*Ibidem*, 21 *avril* 1888).

V. — A case of hypertrophic cardiac dilatation, par SPRATLING (*N. York med. journ.*, *p.* 183, 18 *février* 1888).

VI. — Zur Frage über die Insufficienz, etc. (Étude expérimentale sur l'insuffisance aortique), par TIMOFEJEW (*Berlin. klin. Woch.*, 11 *juin* 1888).

VII. — Zur Lehre von der Insufficienz, etc., par Ottomar ROSENBACH (*Ibidem*, 10 *et* 17 *septembre* 1888).

VIII. — Die Rückstosselevation, etc. (L'onde récurrente dans l'insuffisance aortique), par A. GEIGEL (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, *XLII*, *p.* 391).

IX. — Zur Lehre von der relativen Insufficienz der Aortenklappen, par RENVERS (*Charité Annalen*, *p.* 223, 1888).

X. — Pathologisch-anatomische Mittheilungen... (Insuffisance de l'artère pulmonaire), par E. GRAWITZ (*Arch. f. path. An.u. Phys.*, *CX*, *Heft* 3).

XI. — Étude sémiologique du second bruit du cœur, par BUCQUOY et MARFAN (*Revue de médec.*, 10 *novembre* 1888).

XII. — Beitrag zur Lehre von der anfallsweise, etc. (Étude de la tachycardie par accès), par BRIEGER (*Charité Annalen*, *p.* 193, 1888).

XIII. — Fall von Pulsverlangsammung (Lenteur extrême du pouls), par SIGG (*Corr.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *p.* 452, 15 *juillet* 1888).

I. — Richardière ne s'occupe pas des abcès métastatiques, mais seulement de ceux qui résultent de la propagation de l'inflammation spécifique de l'endocarde au myocarde : propagation rendue évidente par la constatation des mêmes micro-organismes dans l'abcès et à la surface de

l'endocarde. Mais au premier abord elle n'est pas toujours nette, car parfois le foyer myocardique ne communique pas avec les cavités cardiaques. Ces abcès siègent souvent au voisinage de l'aorte et, comme l'a dit Netter, il faut expliquer ainsi un certain nombre de cas catégorisés abcès de l'aorte. A. BROCA.

II. — Sous le nom d'endocardite pneumonique, Weichselbaum décrit l'endocardite spéciale produite par le même microbe que la pneumonie. Dans six cas, il a pu constater cette affection par l'examen microscopique, par les cultures et les expériences sur les animaux. Dans les quatre premiers cas, il y avait en même temps une pneumonie et celle-ci avait précédé l'endocardite; dans les deux derniers, il n'y avait pas de lésion pulmonaire, mais une méningite cérébro-spinale dont les exsudats renfermaient également le diplococcus pneumoniæ. Cette endocardite peut se montrer sous la forme ulcéreuse, aussi bien que sous la forme verruqueuse, mais plus souvent sous la première forme ; elle se localise de préférence aux valvules aortiques, et se distingue par des végétations polypeuses très considérables. Contrairement à l'avis de Netter, l'auteur a souvent observé des infarctus. Cette endocardite accompagne le plus souvent la pneumonie, mais elle peut se développer seule, ou combinée à une méningite cérébrale ou spinale. BARBE.

III. — Fenwick fait remarquer qu'on a trop de tendance à attribuer une grande valeur aux souffles cardiaques. L'état du parenchyme du cœur domine la pathologie de l'organe.

Parmi les causes de dégénérescence du myocarde, il en est une sur laquelle Fenwick appelle l'attention. C'est la présence de tumeurs dans l'abdomen; suivant lui, les accidents de mort subite doivent être rapportés à la dégénérescence graisseuse. Sur 32 cas terminés par la mort dans les conditions qu'il indique (avec ou sans opération), il a trouvé le muscle cardiaque dégénéré et ses parois amincies surtout du côté droit. L'ancienneté de la tumeur, son volume, sa nature kystique seraient des conditions favorables à cette régression; la raison prochaine des accidents réside dans la gêne de la circulation pulmonaire que les tumeurs occasionnent, d'où oxygénation insuffisante du sang destiné à l'irrigation du ventricule et compression directe de l'organe au travers du diaphragme. Le diagnostic de la stéatose cardiaque se présume d'après la faiblesse du choc précordial, la diminution ou l'absence du premier bruit, la petitesse et l'irrégularité du pouls. Pour prévenir ce sérieux et irréparable danger, il faut opérer de bonne heure, avant que la tumeur ne soit volumineuse. LUBET-BARBON.

IV. — Harley a appelé l'attention sur le danger que fait courir aux cardiaques la distension de l'estomac par les gaz. Il considère que la mort subite peut survenir chez eux par arrêt du cœur comprimé médiatement au travers du diaphragme. Goodridge pense que ce dénouement peut s'expliquer d'une autre façon. Les malades sont en effet sujets à des éructations qui, débarrassant d'un seul coup l'abdomen, changent brusquement les conditions de la pression intravasculaire et déterminent ainsi la syncope. LUBET-BARBON.

V. — Cas remarquable de dilatation énorme de toutes les cavités cardiaques, et surtout de l'oreillette gauche, par le fait d'un rétrécissement mitral, chez une fille de 20 ans.

Pendant la vie, on avait noté une voussure médiane, sternale, siégeant à 4 pouces de l'appendice et mesurant 3 pouces de diamètre. Cette voussure aurait pu faire penser à un anévrisme de l'aorte ; mais l'auteur ne signale ni expansion propre ni bruits spéciaux à l'auscultation. A l'autopsie, on trouva une symphyse cardiaque. Le diamètre longitudinal du cœur mesure 8 pouces 1/4; la plus grande largeur est de 6 pouces 3/4. Le cœur paraît au premier abord occuper la moitié du thorax; les poumons sont refoulés.

L. GALLIARD.

VI. — Timofejew conclut de ses expériences :

1° Le souffle diastolique de l'insuffisance aortique peut complètement disparaître et être remplacé par le bruit normal du second temps.

2° L'intensité du souffle diastolique dépend absolument :

a) Du degré de l'insuffisance, et *b*) du degré de la pression sanguine dans l'aorte.

3° La pression sanguine diminue considérablement dans le cours des affections valvulaires du cœur.

4° Le deuxième bruit perçu dans les carotides des chiens auxquels on a pratiqué une insuffisance aortique disparaît toujours au bout d'un temps plus ou moins long.

5° Le deuxième souffle qu'on entend parfois au niveau des carotides chez des malades atteints d'insuffisance aortique est un phénomène d'origine purement locale et non la propagation d'un bruit de la base du cœur.

6° Le premier souffle qu'on entend parfois dans l'insuffisance aortique au niveau de la carotide peut avoir une origine exclusivement locale.

VII. — Rosenbach est arrivé à des conclusions contraires :

1° Les conditions de production du souffle, après destruction artificielle des valvules aortiques, diffèrent essentiellement chez le chien et chez le lapin. Chez le premier animal, le souffle est inconstant et peut manquer ou disparaître dans le cours de l'observation, tandis que, chez le lapin, le souffle est constant et intense.

2° Ces différences tiennent à ce que, chez les lapins, il ne se produit jamais de précipitation de fibrine sur les organes lésés, tandis que, chez les chiens, les dépôts fibrineux sont assez abondants pour combler temporairement la perte de substance des valvules.

3° La pression intra-artérielle n'a aucune influence notable sur l'intensité du souffle diastolique. Ce souffle est produit essentiellement par l'aspiration du ventricule dilaté pour la diastole.

4° La production du souffle systolique dans l'insuffisance aortique doit être rattachée au courant rétrograde provoqué à l'orgine de l'aorte par l'aspiration du ventricule gauche, courant qui doit être vaincu par le contenu venticulaire s'échappant au moment de la systole. (R. S. M., XXIX, 524.)

J. B.

VIII. — Geigel a vu l'onde récurrente de la pulsation radiale faire défaut dans un cas d'insuffisance aortique, et reparaître par le fait du développement d'une insuffisance mitrale; donc, dans une affection valvulaire multiple, l'absence de l'onde récurrente ne doit pas empêcher le diagnostic insuffisance aortique.

A. M.

IX. — Renvers rapporte deux cas dans lesquels on avait diagnostiqué une lésion des valvules sigmoïdes par la constatation d'un souffle diastolique au foyer aortique.

A l'autopsie, on trouva une dilatation de l'aorte à son origine, avec inté-

grité des valvules sigmoïdes. Il s'agissait par conséquent d'une insuffisance relative. Dans les deux cas, le cœur était hypertrophié et il y avait une lésion chronique des reins. A. M.

X. — Grawitz signale deux cas rares d'insuffisance de l'orifice de l'artère pulmonaire, occasionnée par l'absence de l'une des valvules sigmoïdes. Dans l'un des cas (sujet de 31 ans), il ne s'agissait nullement d'une affection congénitale, mais d'une fusion de deux valvules ; mais cette absence de la valvule semi-lunaire interne était déterminée par la compression exercée par un anévrisme siégeant à l'origine de l'aorte. Dans l'autre cas (46 ans), il existait un anévrisme de la crosse de l'aorte, et l'orifice de l'artère pulmonaire présentait trois valvules, dont deux seulement étaient en état de fonctionner, tandis que la troisième était fusionnée avec la paroi artérielle à l'endroit même où l'anévrisme avait exercé une pression de gauche à droite.

E. RETTERER.

XI. — Voici les principales conclusions de Bucquoy et Marfan :

Le second bruit du cœur présente des modifications de timbre, de rythme, d'intensité qui répondent à des états pathologiques. Envisagées au point de vue de leurs causes, ces modifications peuvent se grouper en deux catégories. Dans la première, se placent celles qui tiennent à une altération du sang; dans la seconde, celles qui sont causées par une altération des parois aortiques et des valvules sigmoïdes.

Les altérations du sang qui peuvent produire des modifications du second bruit portent, soit sur la tension, soit sur les propriétés physico-chimiques.

Une faible tension du sang affaiblit le second bruit et indique un amoindrissement de l'énergie myocardique. Une forte tension exagère le second bruit, l'accentue, le renforce sans changer son timbre.

Les altérations physico-chimiques du sang dans les anémies renforcent aussi le claquement des valvules sigmoïdes, probablement parce que le sang devient meilleur conducteur du son.

Cette exagération du second bruit a une valeur séméiologique différente suivant qu'on l'entend : 1° à droite, dans l'aire des bruits aortiques, elle indique alors une augmentation de la pression artérielle dans le système aortique, augmentation qui est sous la dépendance d'une artérite généralisée, portant surtout sur les artères périphériques, spécialement celles du rein ; 2° à gauche, dans l'aire des bruits pulmonaires, elle indique alors une augmentation de la pression dans le tronc de l'artère pulmonaire, augmentation qui tient surtout à une gêne de la circulation pulmonaire, dans le rétrécissement mitral par exemple ; 3° à la fois à droite et à gauche ; l'exagération du second bruit indique alors le plus ordinairement un état anémique dépendant de causes variées.

Lorsqu'il y a induration athéromateuse des parois aortiques et des valvules sigmoïdes sans augmentation de la pression sanguine, le timbre du second bruit se modifie, il prend le caractère tympanique. Si à ces altérations athéromateuses s'ajoute l'insuffisance des valvules, le souffle diastolique accompagne l'éclat tympanique.

Enfin, dans le cas de complication par une dilatation de l'aorte, le second bruit tympanique se diffuse, c'est-à-dire s'entend hors de l'aire normale des bruits aortiques. C. GIRAUDEAU.

XII. — L. Brieger rapporte un cas de tachycardie paroxystique semblable à ceux qu'ont publié Gerhardt et ses élèves. Il s'agit d'une femme de 33 ans

qui, depuis l'âge de 9 ans, était prise toutes les 6 à 10 semaines de crises violentes de palpitations durant de un à neuf jours. Quelquefois ces crises s'accompagnaient d'un état nauséeux et même de vomissements.

Au moment où Brieger l'examine, elle est dans un véritable état de collapsus et de cyanose. Pas d'œdème. T. 35°,5 à 36°5. P. 220 à 240. En dehors des attaques, le pouls était entre 70 et 80. Les crises observées à la Charité se sont accompagnées au début de vomissements et de douleurs rétro-sternales très intenses.

A l'autopsie on constata une myocardite scléreuse du ventricule gauche, avec une légère dilatation du cœur.

Pas de lésion appréciable du tronc du sympathique et du pneumogastrique.

C'est la troisième autopsie publiée de tachycardie paroxystique.

Dans un cas de Traube, il y avait atrophie et dilatation du myocarde; dans un cas de Dehio, dilatation du cœur, dégénérescence graisseuse du myocarde, rétrécissement de la coronaire droite, oblitération complète de la gauche à son origine. A. MATHIEU.

XIII. — Paysan alcoolique, âgé de 69 ans, ayant depuis 5 mois des accès épileptiformes revenant plusieurs fois par jour. Ces accès durent en moyenne une minute ; ils sont précédés d'une aura épigastrique (V. Lemoine, *R. S. M.*, XXX, 512); puis la vue s'obscurcit et le malade perd connaissance. Aussitôt après l'attaque, il ne reste qu'un peu de lassitude et d'étourdissement.

D'ordinaire, la face est très pâle, bien que le sang ait sa teneur normale en hémoglobine. Les artères sont très indurées; le pouls un peu irrégulier bat 60 fois par minute. Les bruits cardiaques sont sourds, mais sans souffle.

Sous l'influence du bromure et du fer, il y eut rémission des accès pendant 3 mois, puis recrudescence jusqu'à la mort; le paroxysme survenait de 10 minutes en 10 minutes.

Un mois avant la mort, le pouls devint lent, ne battant jamais que 20 ou 21 fois par minute et durant les accès on ne comptait plus que 9 pulsations radiales. Alors le cœur s'arrêtait durant quelques secondes. Vers la fin de l'attaque, les mouvements cardiaques devenaient tumultueux avant de reprendre leurs caractères habituels.

Autopsie. Anciennes adhérences pleurales des deux côtés. Epanchement séreux dans les 2 plèvres, dilatation considérable de toutes les cavités cardiaques. Insuffisance des valvules tricuspides, aortiques et mitrale. Léger rétrécissement athéromateux de l'artère coronaire gauche. Dégénescence graisseuse intense du myocarde. Aorte athéromateuse, foie muscade, rate petite et dure; reins normaux (*R. S. M.*, VIII, 601 et 602; XIV, 636; XXX, 510). J. B.

I. — **Ueber angeborene Enge des Aortensystems** (**Étroitesse congénitale du système aortique**), par **FRAENTZEL** (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 574, 9 *juillet* 1888).

II. — **Ueber congenitale Pulmonalstenose, etc.**, par **SCHEELE** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 15, 12 *avril* 1888).

III. — **De la dextrocardie**, par von **BAMBERGER** et **KUNDRAT** (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 387, 7 *mai* 1888).

IV. — **Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie bleue**, par **A. FALLOT** (*Marseille médical*, *février-juillet* 1888).

V. — **Reptilian heart, etc.** (**Cœur de reptile chez un enfant d'un mois**), par **W. NORTHRUP** (*N. York medic. Record*, *p.* 353, *mars* 1888).

VI. — **Anomalie rare des gros vaisseaux du cœur**, par **Ang. CAPPARONI** (*Arch. ital. di clinica med.*, *XXVII*, *n° 2*, *juin* 1888).

I. — Jardinier robuste, âgé de 34 ans, présentant de l'œdème des jambes,

de l'essoufflement, un pouls accéléré mais régulier, des artères très petites et très tendues; une hypertrophie du ventricule gauche, avec bruits cardiaques normaux, sauf un renforcement de second bruit aortique. Fraentzel fit le diagnostic d'étroitesse congénitale générale du système aortique; ce diagnostic fut vérifié à l'autopsie. Il existait, en outre, de l'artériosclérose de la partie supérieure du système artériel; les valvules étaient saines.

Bien des années plus tard, Fraentzel a revu un malade semblable au précédent, mais chez lequel on avait fait le diagnostic de dilatation du ventricule gauche par surmenage du cœur. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une étroitesse congénitale du système aortique.

Fraentzel en conclut que l'augmentation de volume du cœur amenée par des fatigues nécessite, comme cause prépondérante, une étroitesse congénitale du système aortique.

A. Fraenkel est aussi d'avis que l'étroitesse congénitale du système aortique est plus commune qu'on ne l'admet. C'est à elle qu'il faut rapporter les palpitations des adolescents, dont la croissance s'effectue très rapidement au moment de la puberté. Mais le diagnostic en sera toujours difficile, car ses symptômes essentiels, dilatation et hypertrophie du ventricule gauche, peuvent être produits par des causes tout autres; neurasthénie, excès alcooliques, tabagiques et autres.

P. Guttmann, sans contester que l'étroitesse congénitale du système aortique puisse entraîner l'hypertrophie du cœur, estime que la chose est difficile à prouver et impossible même chez les jeunes gens. En effet, à cet âge, l'aorte, en raison de sa grande élasticité, est toujours étroite à l'autopsie, grâce à sa rétraction; tandis qu'il n'en était pas ainsi durant la vie. De plus, l'hypertrophie idiopathique du cœur est excessivement fréquente. J. B.

II. — Scheele a pu diagnostiquer pendant la vie, chez une fille de 15 ans, le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et la perforation de la cloison des ventricules : il s'est fondé, d'une part, sur le souffle systolique existant dans l'espace intercostal gauche, au bord du sternum, et, d'autre part, sur la propagation de ce même bruit systolique aux artères du cou, aux carotides jusqu'au niveau de l'angle maxillaire.

La malade était atteinte de cyanose. Elle offrait en même temps des signes de dilatation et d'hypertrophie du cœur, et spécialement d'hypertrophie du ventricule droit.

A l'autopsie, hypertrophie énorme de l'oreillette droite, l'auricule recouvrant complètement l'artère pulmonaire. La paroi de cette oreillette mesure 4 millimètres, celle de l'oreillette gauche 2 millimètres. Le ventricule droit hypertrophié constitue presque à lui seul la pointe du cœur ; son épaisseur est de 20 millimètres, celle du gauche mesure 18 millimètres.

L'infundibulum a un sommet si étroit que sa lumière admettrait à peine un pois. Les valvules semi-lunaires sont petites, atrophiées. L'artère pulmonaire n'a que 3 centimètres de circonférence.

Le septum interventriculaire présente au-dessous de l'anneau fibro-cartilagineux un orifice semi-lunaire, large de 28 millimètres, haut de 7 millimètres. L'aorte est reportée à droite, si bien que l'ondée sanguine a dû passer presque directement du ventricule droit dans l'aorte; de là le phénomène de propagation du bruit systolique. L. GALLIARD.

III. — Il s'agit d'une jeune fille qui n'a pas d'autres anomalies congénitales du cœur. En effet, l'insuffisance aortique dont elle est atteinte est la suite d'un rhumatisme articulaire.

A l'exploration, on trouva le cœur placé à droite; le choc de la pointe au niveau de la cinquième côte droite; puis tous les signes de l'insuffisance aortique. C'est à droite du sternum que le souffle aortique est le plus distinct, tandis que les bruits de l'artère pulmonaires s'entendent à gauche. Il n'y a donc pas de transposition des gros vaisseaux.

D'après Kundrat, on peut distinguer trois sortes de dextrocardie. La première résulte d'un simple déplacement du cœur à droite; dans la seconde, toutes les parties du cœur ont leur situation normale, à l'exception de la pointe qui est dirigée à droite; enfin, dans la dernière variété, le cœur affecte la disposition qu'aurait le cœur normal vu dans un miroir; c'est ce qu'on observe en cas de transposition des viscères.

Sans compter quelques monstres doubles, Kundrat a rencontré deux fois cette transposition du cœur. Le premier cas, décrit déjà par Rokitansky, se caractérisait par une séparation incomplète et un développement inégal des oreillettes et ventricules. Le ventricule veineux, le plus développé, se trouvait à gauche et donnait naissance à une large aorte, tandis que l'artère pulmonaire, très étroite, naissait du ventricule artériel, atrophié et situé à droite et en arrière.

Le second fait concerne un enfant de quatre semaines né avec les signes d'une affection organique du cœur. Il existait ici une transposition du cœur, identique à la précédente; mais, en outre, la veine-porte était anormale.

J. B.

IV. — S'appuyant sur 55 autopsies de cette affection, Fallot repousse l'opinion courante qu'elle est due à une anomalie régressive de variété indiagnosticable du cœur, le plus souvent à une communication des oreillettes par le trou de Botal. Pour lui, la cause en est toujours un rétrécissement et même une oblitération de l'artère pulmonaire, amenant consécutivement une communication des deux cœurs. Le plus souvent (41 fois), il y avait : 1° rétrécissement de l'artère pulmonaire (2 fois oblitération); 2° hypertrophie du ventricule droit; 3° déviation à droite de l'origine de l'aorte ; 4° perforation de la cloison interventriculaire. Huit fois seulement, il y avait : 1° rétrécissement de l'artère pulmonaire ; 2° cloison interventriculaire complète ; 3° persistance vraie du trou de Botal. Dans des cas rares, les lésions étaient variées. La persistance du trou de Botal, sans autre lésion cardiaque, ne produit pas la cyanose.

LEFLAIVE.

V. — Un enfant de deux semaines entre à l'hôpital avec de la cyanose et meurt à un mois. Le diagnostic posé pendant la vie fut : persistance du trou de Botal et du canal artériel.

Autopsie. Le cœur est formé d'une seule oreillette recevant deux veines : les veines caves supérieure et inférieure, et d'un ventricule d'où part une seule artère, l'aorte.

Le ventricule, partout d'une égale épaisseur, présente en dehors un sillon de démarcation interventriculaire, et en dedans une trace de cloison rudimentaire. L'oreillette offre en dehors l'aspect ordinaire de deux oreillettes avec leurs auricules. En dedans, on voit une membrane triangulaire ayant l'aspect de la valve d'Eustache agrandie.

La veine cave supérieure s'ouvre à l'endroit où s'abouchent normalement les veines pulmonaires. La veine cave inférieure est normale.

L'artère pulmonaire est représentée par un cordon fibreux se détachant de la base du cœur dans l'angle formé par l'aorte et l'oreillette ; son canal est imperméable.

L'aorte naît du ventricule unique, ayant à sa gauche la veine cave supé-

rieure. Les valvules du cœur sont représentées par les valves de l'aorte et la valvule tricuspide.

Le canal artériel est perméable, il se détache de la base de l'aorte, puis, après un trajet d'un pouce, il rejoint le cordon qui représente l'artère pulmonaire et donne à ce niveau de nombreuses branches au poumon.

Derrière la racine du poumon gauche se trouve un gros vaisseau où s'abouche le canal artériel par un orifice étroit ; ce vaisseau reçoit les branches du poumon, le sang artériel s'y mélange donc avec le sang veineux, puis il continue par un trajet anormal, s'applique à la petite courbure de l'estomac, lui fournit de nombreuses branches et se termine par un large tronc dans le foie.

Au niveau du tronc cœliaque se détachent les deux rénales, la mésentérique supérieure et la splénique.

Les veines ont aussi des anomalies. L'iliaque primitive à gauche se jette dans la veine rénale ; à droite, elle reçoit la rénale, et au niveau du foie s'abouche à la rénale gauche pour former avec l'hépatique le tronc de la veine cave inférieure. L'azygos est très développée.

Le cœur, par sa texture et son fonctionnement, se rapproche de celui des reptiles. A. DUFLOCQ.

VI. — Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui présentait des phénomènes de cyanose et qui succomba à un épanchement pleural. On avait constaté pendant la vie un bruit de souffle systolique, très intense aux foyers d'auscultation de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

A l'autopsie, on constata les particularités suivantes :

Cœur globuleux, de volume considérable ; une perforation du septum fait communiquer les deux ventricules par un orifice qui permet l'introduction de la phalangette de l'index. La cloison interauriculaire est complète et sans perforation. L'aorte et l'artère pulmonaire communiquent à l'origine, elles commencent par un canal unique qui prend naissance pour deux tiers dans le ventricule droit, pour un tiers dans le ventricule gauche. Les parois de ce canal sont lisses et présenlent trois valvules de configuration normale. Les artères coronaires naissent de ce canal commun ; celui-ci, à 3 centimètres de son origine, est séparé par une cloison qui se dirige d'avant en arrière, et forme ainsi deux vaisseaux d'inégale grandeur ; le plus petit forme l'artère pulmonaire, l'autre l'aorte. Cette lésion était évidemment congénitale. A. SIREDEY.

I. — Athérome de l'aorte et sclérose du myocarde, par PERNICE (*Arch. per le scienze medic.*, *XI*, n° 1).

II. — Contribuzione alla patologia delle arterie, par A. de GIOVANNI (*La Riforma medica*, 25 *octobre* 1887)

III. — Du système artériel chez les alcooliques, par DUCLOS (*Thèse de Paris*, 1888).

IV. — Contribution à l'étude de l'aortite oblitérante, par DÉJERINE et HUET (*Revue de méd.*, 10 *mars* 1888).

V. — Obliterative arteritis, par WALSHAM (*Lancet*, 24 *mars* 1888).

VI. — Aortite aiguë guérie par l'iodure de potassium ; développement d'un goitre exophtalmique, par RENDU (*Soc. méd. des hôp.*, 11 *mai* 1888).

I. — Pernice a constamment trouvé, en même temps que l'athérome aortique, l'athérome des coronaires, l'endo et la périartérite des vaisseaux nourriciers du cœur et la sclérose plus ou moins étendue du myocarde : les muscles malades étaient atrophiés et en dégénérescence granulo-

graisseuse. Il n'a constaté en aucun point la période initiale, embryonnaire de l'inflammation. D'après lui, l'altération fibreuse est secondaire à la lésion vasculaire et produit à son tour l'atrophie des fibres musculaires, leur dégénération granulo-graisseuse et leur disparition; en conséquence, il rejette la dénomination de sclérose dystrophique proposée par H. Martin. GEORGES THIBIERGE.

II. — Les symptômes de la période confirmée des lésions athéromateuses des grosses artères sont précédés d'une période pendant laquelle se produisent des troubles vaso-moteurs au niveau de la tête, du thorax ou de l'abdomen, qui doivent être considérés comme le stade initial de l'athéromasie : ce sont des douleurs de tête, des bourdonnements d'oreilles, une forme de rhinite vaso-motrice, l'hyperémie de la conjonctive bulbaire, l'hyperémie des bronches donnant lieu à des accès de dyspnée avec toux. Ces divers phénomènes sont produits par des altérations fonctionnelles des centres vaso-moteurs du système sympathique, consécutives à la lésion des artères elle-même. Ces phénomènes vaso-moteurs sont la manifestation des lésions des petites artères, lesquelles précèdent celles des artères plus volumineuses.

Si, après avoir exploré le pouls radial pour se rendre exactement compte de son amplitude, on comprime fortement l'artère avec le doigt comme pour y arrêter la circulation, puis qu'on cesse la compression et que l'on continue à explorer le pouls, on remarque que le pouls est devenu contracté, la diastole de l'artère étant empêchée par la contraction des parois vasculaires; le degré de contractilité ainsi provoqué est plus ou moins considérable, suivant que l'élément nerveux est plus ou moins excitable et que l'élément musculaire est plus ou moins intact : aussi la contractilité provoquée la plus considérable s'observe-t-elle dans le cas où l'excitabilité nerveuse vaso-motrice est le plus prononcée, tandis qu'elle est moyenne dans les cas ordinaires et plus faible lorsqu'il y a des lésions des parois artérielles. GEORGES THIBIERGE.

III. — Duclos montre que l'alcool ne produit pas fatalement de lésions du système artériel; sur 52 autopsies pratiquées, il a trouvé 25 fois l'appareil artériel intact. Les lésions constatées dans les 27 autres cas consistaient en plaques jaunâtres, à peine saillantes, occupant la tunique interne, et qu'il rapporte à la stéatose et non à l'athérome; les lésions restent localisées le plus ordinairement à la crosse de l'aorte; leur peu d'étendue ne cause que des troubles pathologiques insignifiants. H. L.

IV. — Homme de 45 ans, affaibli depuis quelques mois; lorsqu'il fait un effort, il est pris d'une douleur rétrosternale avec sensation de constriction et d'angoisse précordiale. Le deuxième ton pulmonaire est normal. Sur le trajet de l'aorte ascendante pas de souffle systolique; on entend seulement, affaibli, un souffle diastolique aortique. A la base du cœur, dans le deuxième espace souffle diastolique aspiratif, se terminant en jet de vapeur. Le pouls radial du côté gauche est bondissant; à droite, il est extrêmement petit et se rapproche du pouls du rétrécissement mitral. Les battements des carotides sont peu intenses. Syncopes répétées. Mort subite.

L'aorte au niveau de la portion ascendante, de sa crosse et de la partie supérieure de sa portion thoracique, présente des plaques athéromateuses très confluentes, commençant à s'infiltrer de sels calcaires, mais encore non ramollies. A la naissance du tronc brachio-céphalique, il existe une légère dilatation partielle de l'aorte. En ce point se voit un orifice, de la dimension

d'une tête d'épingle, terminé en cul-de-sac et qui ne permet pas de pénétrer dans le tronc brachio-céphalique. La carotide primitive gauche est très rétrécie, elle admet à peine un fin stylet. Autour de son orifice existe un léger bourrelet circulaire, athéromateux d'ailleurs comme toute cette portion de l'aorte. L'orifice de la sous-clavière gauche présente son calibre normal.

La circulation anastomotique était donc ici très développée; elle se faisait par l'intermédiaire des thyroïdiennes supérieures et inférieures, ainsi que par l'artère vertébrale gauche. C. GIRAUDEAU.

V. — Un homme jeune, ni syphilitique ni alcoolique, se présente avec les signes d'une oblitération artérielle du bras droit. La maladie a paru se développer de bas en haut et arrive aujourd'hui à un pouce de la clavicule. Sur le trajet de la sous-clavière, on trouve une petite tumeur, semblable à un anévrisme, de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur peut être vidée par la pression. La main et l'avant-bras sont froids, le bout des doigts exsangue et décoloré. Il n'y a pas d'œdème ni d'engorgement des veines superficielles en aucun point du membre. Le pouls a disparu dans la radiale, la cubitale et la partie inférieure de l'axillaire. La maladie, après avoir duré quelques mois, disparut spontanément. L. BARBON.

VI. — Une femme de 28 ans ayant présenté à plusieurs reprises, depuis 10 ans, des symptômes très accentués d'anémie, fut prise de palpitations au printemps 1887, puis de phénomènes angineux en septembre. En décembre on trouvait dans la région sternale un souffle systolique rude suivi d'un souffle diaostolique. Rendu conclut à une aortite avec légère insuffisance aortique. En même temps les crises d'angine de poitrine étaient devenues beaucoup plus intenses. L'application d'un vésicatoire et l'emploi de l'iodure de potassium (2 grammes par jour) amenèrent une détente rapide; 17 jours après, le souffle diastolique avait disparu, et à la fin de janvier on ne trouvait pas non plus le souffle systolique. La malade continua à prendre l'iodure en janvier et février. Mais, dès les premières semaines du traitement, quelques symptômes d'iodisme et d'excitation nerveuse étaient survenus (céphalalgie, congestion de la face, sensations de chaleur insolite, insomnie, etc.). Malgré la suspension du traitement, vers le mois d'avril, les signes d'un goître enophthalmique étaient des plus nets. On appliqua des courants continus (5 à 10 éléments), le pôle positif au cou, le pôle négatif devant le cœur, et on fit prendre une pilule de 0,10 de bromhydrate de quinine, et 0,05 d'extrait de digitale. Au bout de 15 jours il se produisit une amélioration notable. H. L.

I. — Pericardial effusion with pulsus paradoxicus, par Blaikie SMITH (*Brit. med. journ., p.* 735, *avril* 1888).

II. — Variations pathologiques de l'espace de Traube dans la péricardite avec épanchement, par CUILLÉ (*Thèse de Bordeaux, n°* 72, 1887-1888).

III. — Case of hydro-pneumo-pericarditis, par James Kerr LOVE (*Lancet*, 18 *février* 1888).

IV. — Péricardite purulente primitive avec examen bactériologique, par FAURRIER (*Revue de méd., p.* 541, *juillet* 1888).

V. — Rupture of the heart, etc., par PRUDDEN (*N. York med. Record, p.* 78, *janvier* 1888).

VI. — Rupture of the heart, par BIGGS (*Ibidem, p.* 369, *mars* 1888).

VII. — Case of hœmopericardium from ruptured coronary artery, par BATTERHAM (*Lancet*, 4 *juin* 1887).

I. — Leçon clinique intéressante sur un cas de péricardite obscure, où le diagnostic porté primitivement avait été : anévrisme de l'aorte, en raison

d'un pouls paradoxal se supprimant pendant l'inspiration et reparaissant à l'expiration, et aussi d'une dilatation de la pupille gauche coïncidant avec de la dypsnée asthmatique. L'auteur avait également songé à une tumeur du médiastin et à une médiastino-péricardite calleuse. Finalement, il avait admis l'existence d'un épanchement dans le péricarde, mais comme il y avait simultanément une double collection pleurale, la paracentèse du sac péricardique avait été considérée comme inutile. L'autopsie fit regretter cette conclusion, et montrant dans le péricarde 43 onces de liquide séro-sanguinolent, cause de la mort. H. R.

II. — Dans la péricardite avec épanchement la sonorité tympanique disparaît dans l'angle interne de l'espace semi-lunaire de Traube pour faire place à un triangle mat dont l'étendue est proportionnelle à l'abondance de l'épanchement. La dilatation cardiaque peut déterminer une modification analogue, mais la dimension de la matité varie avec l'attitude, tandis qu'elle est fixe dans la péricardite.

Les épanchements péricardiques déterminent de plus, en arrière et à gauche, au-dessous de l'angle de l'omoplate, une zone tympanique à vibrations et à bruit respiratoire diminués.

La paracentèse du péricarde doit être pratiquée à 2 centimètres au-dessus de l'angle inférieur du triangle mat péricardique. M. DUBREUILH.

III. — Un homme de 38 ans se plaint d'une douleur siégeant un peu au dessous du mamelon gauche. L'auscultation fait entendre en ce point, un léger frottement qui est pris d'abord pour un frottement pleural et traité par un vésicatoire, puis reconnu d'origine péricardique. A quelques jours de là la femme du malade attira l'attention du médecin sur un claquement qu'on pouvait entendre à une distance d'un mètre, claquement systolique et indépendant du frottement diastolique qu'on pouvait entendre aussi. L'état général était bon, il n'y avait ni fièvre ni douleur, et le malade partit en vacances. A son retour, les deux bruits existaient encore, et l'un d'eux s'entendait nettement à une distance de six à sept mètres. Son timbre hydro-aérique fit penser à un hydro-pneumo péricarde. Il diminua au bout de quelques semaines, peu à peu, s'entendant encore après les efforts et la marche, disparaissant après le repos. Puis il fit place a un frottement péricardique qui disparut à son tour. — Le malade mourut quelque temps après d'accidents d'apparence méningitique. L'autopsie ne put être faite.

Stokes, Bricheteau rapportent deux observations où la cause ne put être trouvée que dans la décomposition gazeuse des produits épanchés. L'auteur rapproche son cas de ces derniers dans lesquels ont nota les mêmes phénomènes d'augment et de diminution et la possibilité d'entendre à distance ce « bruit de moulin ». LUBET BARBON.

IV. — Une femme, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, mourut au bout de quelques jours après avoir présenté tous les troubles fonctionnels et les signes physiques qui caractérisent habituellement la péricardite avec épanchement. A l'autopsie on trouva environ un demi-litre de pus dans le péricarde sans que l'examen approfondi des divers autres appareils révélât la présence d'aucune trace de suppuration. La péricardite purulente était donc bien ici primitive, cas exceptionnel, on le sait. Le pus contenu dans le péricarde renfermait un grand nombre de microbes appartenant au genre des streptococcus pyogenes; l'inoculation de quelques gouttelettes de pus ainsi que celle des cultures faites à l'aide de ce microbe amena sur le cobaye la production d'abcès au lieu même de l'inoculation. Les abcès consécutifs à l'inoculation du pus en nature furent beaucoup plus étendus que ceux survenus chez les animaux inoculés à l'aide du liquide de culture. C. GIRAUDEAU.

V. — Femme de 55 ans, atteinte de néphrite interstitielle. Sensation de défaillance deux jours avant son admission à l'hôpital : puis brusquement refroidissement, cyanose, congestion pulmonaire et affaiblissement du pouls. Mort au bout de 24 heures.

Le péricarde renferme 500 grammes de sang, le sommet du ventricule droit présente une déchirure triangulaire. En ce point, myocardite dégénérative et athérome des coronaires.

VI. — Homme de 58 ans; dyspenée subite un soir : le lendemain on le trouve mort. Péricarde plein de sang : rupture du cœur dans le sillon antéro-latéral du ventricule gauche. Pas d'altérations des coronaires. DUFLOCQ.

VII. — Une femme de 75 ans, bien portante en apparence, mais sujette à des attaques apoplectiformes, est trouvée morte dans son fauteuil, la face pâle, avec des traces de vomissement. — A l'autopsie on trouve le péricarde descendu par des caillots noirs du poids d'environ 150 grammes. A la face postérieure du cœur, dans le sillon intra-ventriculaire, à deux centimètres et demi de la pointe, se voyait une ecchymose sous-péricardique, grande comme une pièce de quarante sous, avec une très petite déchirure de la séreuse à sa partie centrale. En sectionnant ce point on tombe sur des caillots sanguins infiltrant le myocarde ; en disséquant l'artère coronaire antérieure jusqu'au point où elle se réfléchit sur la pointe du cœur, on constate une rupture de ce vaisseau, occupant le centre même de l'ecchymose et ayant évidemment servi de point de départ à l'hémorragie. — Les artères cardiaques étaient athéromateuses et dilatées ; le ventricule gauche présentait une hypertrophie considérable; il existait de la néphrite interstitielle. Les autres organes étaient sains. H. BARTH.

I. — Beiträge zur Ætiologie und Symptomatologie der putriden Bronchitis, par LUMNICZER (*Wien. med. Presse*, *n°* 19 *et suiv.*, *p.* 665, 1888).

II. — Ueber Lungenschwellung und Lungenstarrheit (Gonflement et rigidité du poumon), par S. von BASCH (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *avril* 1888).

III. — Du pneumo-thorax simple, sans liquide et de sa curabilité, par GALLIARD (*Archives de médecine*, *mars et avril* 1888).

IV. — Sur la genèse du bruit respiratoire vésiculaire, par G.-B. QUEIROLO (*Arch. ital. di clin. med. XXVII*, 1).

I. — La bronchite fétide survient surtout, d'après Lumniczer, qui en a observé 11 cas, chez les hommes, à la période moyenne de la vie. Elle est rarement primitive ; le plus souvent elle succède à une affection thoracique (pneumonie, pleurésie, bronchite). Elle est liée à la dilatation des bronches, laquelle résulte souvent d'une pleurésie chronique.

Elle s'accompagne d'accès fébriles intermittents, parfois continus quand se produit de la gangrène pulmonaire. Dans certains cas apyrétiques, on voit subitement la température s'élever; il s'agit alors d'accidents de résorption.

Les crachats contiennent des globules blancs et rouges, des fibres élastiques et des microorganismes.

Les microorganismes que l'auteur a isolés et cultivés, dans un cas de bronchite fétide, sont de six sortes : staphylococcus pyogenes citreus, pyogenes albus, cereus albus, cereus flavus; diplococcus; enfin un bacille spécial, long de 1,5 à 2 μ, arrondi aux extrémités, renflé au centre, formant des spores colorables par l'aniline.

Ce bacille disparaît des crachats quand, sous l'influence des médica-

ments antiseptiques, l'état du malade s'est amélioré et l'odeur fétide a disparu.

Ce bacille est pathogène ; injecté dans la trachée ou dans le parenchyme pulmonaire des lapins, il détermine une irritation des bronches, des alvéoles, des vaisseaux sanguins et même des lymphatiques.

Les cultures du bacille dans l'agar-agar ont une odeur fétide analogue à celle des crachats. L. GALLIARD.

II. — Le gonflement et la rigidité du poumon sont causés par la réplétion des vaisseaux de l'organe sous l'influence d'une forte pression ; l'auteur les considère comme déterminant la dyspnée qu'on observe dans les maladies du cœur.

Au lieu d'admettre, avec Traube, que la congestion des vaisseaux du poumon a pour conséquence la diminution des espaces alvéolaires, il pense au contraire, en s'appuyant sur ses expériences, que l'augmentation de la pression sanguine dans les capillaires du poumon entraîne l'augmentation de volume des alvéoles. De là le gonflement de la totalité du poumon.

Sous l'influence des contractions cardiaques, le poumon change de volume ; c'est ce que l'auteur appelle le pouls pulmonaire. D'autre part, il y a des changements de volume qui dépendent des variations de la pression sanguine pendant l'acte respiratoire : durant l'inspiration, la pression augmente ; elle diminue au contraire pendant l'expiration.

Quelles sont, pour les sujets, les conséquences de la tuméfaction du poumon ? Malgré la dilatation des alvéoles qui l'accompagne, elles sont désavantageuses ; car le coefficient de ventilation diminue, l'air résidual augmente, les échanges gazeux sont incomplets.

Ce qui contribue à entraver les échanges gazeux, c'est la perte d'élasticité, la *rigidité* des alvéoles. Cette rigidité est due, d'après l'auteur, à la distension des capillaires alvéolaires.

Telle est l'explication de la dyspnée dans la congestion pulmonaire d'origine cardiaque. Cette dyspnée diminue quand les malades peuvent faire de grandes inspirations, contrairement à ce qu'ont prétendu Filehne et Cohnheim. Mais au contraire dans les cas d'anémie pulmonaire (rétrécissement de l'artère pulmonaire par exemple) les grands mouvements respiratoires sont inutiles et même dangereux, car ils aboutissent à l'épuisement des centres nerveux. L. GALLIARD.

III. — Il existe une variété de pneumothorax unilatéral qui survient le plus souvent à la suite d'un effort chez les hommes de 17 à 37 ans, bien portants, ou du moins atteints d'une lésion pulmonaire absolument latente comme symptôme.

Cette variété de pneumothorax reste à l'état simple. Elle ne s'accompagne pas d'épanchement liquide consécutif.

Ce pneumothorax occupe d'habitude la totalité de la plèvre.

Il est spontanément curable, et guérit au bout de quatre semaines en moyenne.

Il est très rarement causé par la tuberculose. La seule cause à invoquer est probablement la rupture d'un groupe des vésicules pulmonaires emphysémateuses. RICHARDIÈRE.

IV. — Queirolo revient sur la question de savoir si le murmure vésiculaire est un bruit né sur place (Coats) ou propagé du larynx (Beau).

En auscultant un malade qui avait subi l'extirpation du larynx, il constata que le bruit expiratoire, très intense à l'orifice trachéal, diminuait progressivement de haut en bas, de manière à devenir extrêmement faible à la base de la poitrine. Au contraire, le bruit respiratoire, à peu près nul vers la trachée, plus distinct au hile du poumon, avait son maximum d'intensité et son timbre vésiculaire le plus net vers les bases.

Des expériences entreprises sur des animaux donnèrent des résultats analogues.

L'auteur conclut donc dans le même sens que Coats, et place le siège du bruit vésiculaire dans les dernières ramifications bronchiques et dans les alvéoles pulmonaires. A. S.

I. — Transmission de la voix aphone à travers les épanchements pleuraux, par Ag. PALOMBIERI (*Arch. ital, clin. med. XXVII*, 2, *juin* 1888).

II. — De la pleurésie purulente consécutive à la pneumonie fibrineuse aiguë, par L. MAZZOTTI (*Memoria della R. Accad. dell sc. dell' Inst. di Bologna*, 1887-1888).

III. — Ueber Empyem nach fibrinöser Pneumonie, par F. PENZOLDT (*München. med. Woch.*, *n°* 14, *et Centralbl. f. die med. Wiss.*, *n°* 34, 1888).

IV. — Case of double primary empyema with recovery, par Hermann GARDINIER (*N. York medic. Record*, *p.* 177, *août* 1888).

V. — Le déplacement des exsudats pleurétiques en rapport avec les mouvements respiratoires profonds, par R. LATIS (*Rassegna di scienze mediche*, *n°* 9, 1888).

VI. — Pleurésies pulsatiles, pulsation endopleurale et exopleurale, par G. RUMMO (*La Riforma medica*, *n°* 219, 1888).

VII. — Pleurisy as a predisposing cause of phthisis pulmonalis, par WESTBROOK (*N. Yorkmed. journ.*, *p.* 617, 9 *juin* 1888).

VIII. — Primäres Sarcom der Pleura, par DERNSCHINSKY (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 52, 1888).

I. — Etude critique et expérimentale du symptôme signalé en 1875 par Baccelli. L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Il est faux que la vitesse du son dans les cylindres soit en raison directe de leur densité ; que l'intensité du son soit en raison inverse de la densité; que des lois communes régissent le son et la lumière.

2° Les exsudats simples et séro-purulents sont des mélanges de plusieurs espèces chimiques non définies ; leur composition et leur résidu sec par kilogramme ne diffèrent pas beaucoup. (Méhu), et sont par conséquent dans les mêmes conditions d'homogénéité et d'hétérogénéité.

3° La présence d'éléments figurés dans un liquide n'empêche pas la transmission du son.

4° La transmission de la voix aphone subit plusieurs réfractions : en passant de l'air contenu dans l'arbre bronchique, aux parois bronchiques, au parenchyme pulmonaire et à la plèvre viscérale, du tissu solide au liquide de l'épanchement, de celui-ci aux parois thoraciques.

Or toutes ces conditions peuvent être modifiées en raison de certaines circonstances :

La transmission augmente avec la tension de la plèvre, avec le nom-

bre des brides qui unissent les parois pleurales; elle diminue avec les couches de fibrine déposées sur les plèvres, avec la sécrétion catarrhale qui remplit les bronches, avec le degré d'affaissement du poumon; elle est renforcée par une pneumonie concomitante, ou une caverne, par l'hépatisation du tissu pulmonaire, par l'engorgement des ganglions péribronchiques, etc... Les diverses modifications de l'épaisseur des parois thoraciques diminuent la transmission de la voix.

Aussi toutes ces difficultés rendent très précaire la reconnaissance de la nature d'un épanchement d'après les seules indications de la séméiotique, et en l'absence de tout élément certain de diagnostic, il vaut mieux avoir recours à la ponction exploratrice aujourd'hui sans danger, grâce aux précautions antiseptiques. A. SIREDEY.

II. — La pleurésie purulente secondaire à la pneumonie franche se rencontre surtout chez les individus robustes, du sexe masculin, dans la proportion de 1 0/0 des cas de pneumonie. Elle débute quelques jours après la disparition de la fièvre pneumonique, se développe sans donner lieu à de graves symptômes locaux ou généraux : la température s'élève modérément, sans frissons ; l'état général est relativement bon, l'appétit et les forces sont conservés, pas de point de côté, dyspnée modérée, tous phénomènes qui contrastent avec la gravité ordinaire de la pleurésie purulente. Le pus est épais, verdâtre, sans mauvaise odeur, il s'ouvre spontanément une voie vers les bronches, par laquelle il s'évacue, sans qu'il se produise de pneumothorax ni d'autre phénomène notable, et la guérison complète a lieu. GEORGES THIBIERGE.

III. — Les épanchements purulents de la plèvre à la suite de la pneumonie fibrineuse sont rares ; F. Penzoldt en a rencontré 7 cas dans le même trimestre. Ces pneumonies se sont montrées graves dès le début, à l'agent pneumonique s'est sans doute surajouté l'agent pyogène.

Chez les jeunes enfants, il est quelquefois difficile de distinguer une hépatisation pulmonaire de la base d'un épanchement pleurétique. Quant à la suite d'une pneumonie de semblable localisation la matité persiste, il faut se défier d'un épanchement et pratiquer une ponction exploratrice. A. M.

IV. — Jeune homme de 15 ans que l'auteur trouve en pleine orthopnée, les lèvres cyanosées, le pouls petit et rapide. La pointe du cœur refoulée bat sous l'appendice xyphoïde. Le foie est abaissé, absence du murmure respiratoire des deux côtés; souffle aux deux aisselles; pas d'égophonie. Le début, ancien déjà, s'était fait par une douleur du côté droit, puis du gauche, avec des coliques et des vomissements. 1re ponction à droite dans le septième espace, on retire deux pintes de pus : nuit bonne. Le lendemain, de nouveau, grande anxiété : 1re ponction du côté gauche, également on retire deux pintes de pus. Le 3e jour, la cyanose et la dyspnée ont reparu. 2e ponction du côté droit, deux pintes de pus ; le 4e jour 2e ponction du côté gauche ; le liquide trop épais s'écoule mal. Séance tenante, 3e ponction du côté droit, il sort une pinte de pus.

Le 5e jour empyème et drainage du côté gauche, il sort une pinte de pus.

Le 14e jour, empyème du côté droit ; encore une pinte de pus, lavage quotidien. La fièvre tombe, l'anxiété disparaît ; la respiration, huit jours après, s'entend dans la moitié supérieure du thorax en arrière.

Le 34e jour, l'écoulement est tari à gauche. On retire le tube dix jours plus tard. A la fin du deuxième mois, on enlève le tube du côté droit. Le murmure vésiculaire s'entend jusqu'aux bases. Guérison complète. DUFLOCQ.

V. — Dans les cas d'exsudats pleurétiques très abondants avec matité jusqu'au creux sus-claviculaire, le diaphragme est constamment abaissé; les mouvements respiratoires, si profonds qu'ils soient, ne peuvent ni le relever ni l'abaisser, et la ligne de matité ne se déplace pas. Quand l'exsudat est peu abondant, il peut ressentir à un faible degré l'influence de l'élévation et de l'abaissement du diaphragme : Aussi un épanchement qui, avant la ponction, ne présentait aucune modification sous l'influence de la respiration peut-il en présenter quelques jours après la ponction. Les adhérences pleurales ne peuvent empêcher le déplacement sous l'influence des mouvements respiratoires que quand elles empêchent le bord inférieur du poumon de s'abaisser en même temps que le diaphragme. GEORGES THIBIERGE.

VI. — Il faut distinguer le pouls visible et appréciable à la palpation (pouls exopleural) qui a tous les caractères du pouls véritable, et le pouls endopleural, qui ne peut se traduire à l'extérieur, mais peut être mis en évidence en faisant communiquer la cavité pleurale avec un manomètre inscripteur. La production du pouls endopleural nécessite la présence d'un épanchement pleural abondant, de préférence à gauche, avec une forte pression positive, le déplacement du cœur et la compression du poumon, tension et épaississement des parois de la plèvre. Le pouls exopleural nécessite en outre l'affaissement des espaces intercostaux; il est classique dans les cas où la paralysie des muscles intercostaux est très considérable et quand il y a ulcération et perforation de la plèvre costale (empyème de nécessité). Toutes les conditions qui tendent à rapprocher le cœur et le sac pleural du liquide contenu (par exemple, le décubitus latéral droit dans la pleurésie gauche) et à augmenter l'énergie du cœur rendent plus manifeste le phénomène du pouls exopleural et endopleural. La soustraction de l'exsudat par la ponction et la diminution de la pression positive endopleurale diminuent l'intensité de la pulsation dans la pleurésie. La nature du liquide n'a pas grande influence sur la production du phénomène, et si la pulsation est très fréquente dans la pleurésie purulente, cela tient à ce que les parois de la plèvre y sont plus épaisses et le poumon presque toujours atélectasié et scléreux; les autres conditions invoquées (interposition d'une lame de poumon entre le cœur et la plèvre, adhérences entre le cœur et le péricarde ou du péricarde avec la plèvre ou la paroi thoracique, présence de gaz dans la plèvre, épanchement liquide dans le péricarde) sont des contingences non nécessaires, qui favorisent la production du phénomène ou même en rendent la manifestation moins facile (présence de gaz dans la plèvre). GEORGES THIBIERGE.

VII. — Westbrook étudie la pleurésie dans ses relations avec la tuberculose pulmonaire.

1° Cas où la pleurésie séreuse survenant chez un sujet sain en apparence est immédiatement suivie de tuberculose pulmonaire à marche rapide (pleurésie phtisiogène d'emblée de Renaut).

2° Cas où la pleurésie séro-fibrineuse est suivie de pneumonie chronique interstitielle, phtisie fibroïde.

3° Cas de pleurésies aiguës ou subaiguës guérissant, mais suivies, au bout de quelques mois, de tuberculose de l'un ou des deux sommets.

4° Cas où la pleurésie devient chronique et où les fausses membra-

nes ne se résorbent pas. Quelques années se passent, puis la tuberculose apparaît, mais ici la pleurésie peut être considérée comme non tuberculeuse et primitivement simple.

5° Cas d'empyèmes précédant la tuberculose. Il faut toujours se défier d'une pleurésie, même simple en apparence, et redouter la tuberculose consécutive. L. GALLIARD.

VIII. — Homme de 47 ans, se plaignant de dyspnée et de toux, avec sensation de pesanteur au côté gauche du thorax. Il crache du muco-pus. Matité de tout le côté gauche, sauf au sommet; absence de vibrations et de murmure vésiculaire . Pas de déplacement du cœur. Tuméfaction des ganglions sous-claviculaires et axillaires à gauche.

Le 12 octobre, ponction fournissant 1270 grammes de liquide séro-sanguin. Le 19, ponction donnant 1500 grammes du même liquide, qui contient des cellules d'endothélium dégénérées, hyalines.

Amaigrissement, cachexie. Le 10 novembre, la ponction ne donne aucun résultat. La matité semble avoir diminué. On perçoit du frottement pleural. Les douleurs augmentent.

A partir de ce moment, la matité s'accentue et s'étend. Mort le 1er décembre.

Autopsie, tuméfaction des ganglions bronchiques. La plèvre gauche épaisse est couverte de tumeurs molles, isolées ou confluentes qui pénètrent aussi dans le parenchyme pulmonaire. Le diagnostic sarcome repose sur l'examen histologique. L. GALLIARD.

I. — Pneumonia, its increasing death rate (Mortalité croissante de la pneumonie), par SMITH (*New York med. Record, p.* 469, *octobre* 1888).

II. — Étiologie de la pneumonie croupale, par BOZZOLO (*Arch. ital. di clin. med. XXVII,* 1, 20 *avril* 1888).

III. — Ueber Milzschwellung bei Lungenentzündung (Tuméfaction de la rate dans la pneumonie), par C. GERHARDT (*Charité Annalen, p.* 235, 1888).

IV. — Forme nouvelle de la broncho-pneumonie aiguë contagieuse, par A. CANTANI (*Arch. ital. di clin. med. XXVII,* 1, 1888).

V. — De quelques néoformations conjonctives produites par le pneumocoque, par L. ZANDA (*La Riforma medica,* 24 *octobre* 1888).

VI. — Pneumonie und cerebrospinale Memingitis, par J.-W. RUNEBERG (*Berlin. klin. Woch., p.* 921, 12 *novembre* 1888).

I. — Smith donne, mois par mois, la table de la mortalité pneumonique depuis 1878 jusqu'en 1887, pour la seule ville de New-York.

En 1878, on relève 2,288 décès; en 1887, 3,707. L'accroissement est donc indéniable.

Au Pensylvania Hospital, Hartsborne dit que la maladie a passé de 6 1/2 0/0 des décès en 1845-46-47, à 18 1/2 0/0 en 1865-66-67 et a dépassé 31 0/0 en 1884-85-86.

Au New-York Hospital, la mortalité a doublé, de 1830 à 1887 (statistique de Vandervoort, assistant de cet hôpital). P. DUFLOCQ

II. — Bozzolo observa dans sa clinique, au commencement de 1887, un grand nombre de pneumonies si nettement contagieuses que plusieurs malades qui étaient dans la salle, pour diverses affections, en furent atteints, et qu'on dut isoler les pneumoniques. Il entreprit avec le Dr Tassinari des recherches bactériologiques qui permirent d'étudier pen-

dant la vie les organismes parasitaires renfermés dans les poumons malades. On recueillait l'exsudat directement dans les foyers pneumoniques à l'aide d'une seringue de Pravaz, et le liquide obtenu était consacré à des cultures qui donnèrent des résultats assez constants. 8 fois sur 15 on rencontra les diplocoques encapsulés de Fraenkel et de Weichselbaum, et 4 fois diverses variétés de staphylocoque ; aucune observation ne décela le bacille de Friedländer.

L'auteur n'attache pas d'importance à la présence du staphylocoque, microbe envahissant, diffusible, qui se trouve partout où existent des foyers de suppuration.

Le diplocoque de Fraenkel paraît, au contraire, bien manifestement en rapport avec l'exsudat pneumonique ; l'auteur l'avait déjà constaté et injecté sur des animaux en 1882, et il l'avait observé également dans une épidémie dont la ville de Cuneo fut le siège.

Aussi conclut-il avec Salvioli, Talamon, Weichselbaum que le diplocoque encapsulé est l'agent pathogène spécifique et unique de la pneumonie. A. S.

III. — Ce ne sont pas seulement les pneumoniques, mais les convalescents de pneumonie qui présentent du gonflement de la rate. Gerhardt a examiné, à ce point de vue, 25 pneumoniques. 7 d'entre eux n'avaient pas d'augmentation du volume de la rate. Chez 6 autres, la rate était augmentée de volume, mais cette augmentation de volume ne persista pas après la crise. Les 10 autres, au contraire, présentèrent une augmentation de volume qui dura quelquefois pendant quatre semaines.

La rate peut continuer à s'accroître alors que le processus pneumonique local est en voie de résolution. Il en est quelquefois de même dans l'érysipèle, où la rate peut augmenter de volume pendant la convalescence. A. MATHIEU.

IV. — Cinq personnes de la même famille furent prises successivement de bronchite aigüe généralisée intense avec céphalalgie, fièvre, tuméfaction de la rate, etc. Bientôt survinrent des signes de bronchopneumonie, qui se terminèrent par lysis du 15e au 20e jour. Les accidents furent à peu près les mêmes chez tous les membres de cette famille, et se succédèrent avec une régularité remarquable.

Le Dr Manfredi constata dans les crachats la présence d'un streptococcus ressemblant à celui de l'érysipèle décrit par Fehleisen, dont il diffère absolument par son rôle pathogénique. Malgré le résultat négatif des inoculations, Cantani pense que ce microbe a été l'agent principal de la maladie. Il admet, à ce propos, qu'en dehors des microbes spécifiques, véritablement pathogènes, d'autres microbes peuvent, dans certaines conditions, provoquer les mêmes lésions anatomiques, sans avoir cependant une valeur spécifique réelle. A. S.

V. — Dans un cas de pneumonie fibrineuse présentant les caractères de la carnification, Zanda a trouvé à côté d'exsudats fibrineux une néoformation conjonctive qui tendait à s'y substituer et qui présentait l'aspect d'une multitude de petits polypes implantés sur les parois alvéolaires : le tissu conjonctif des cloisons alvéolaires renfermait des pneumocoques isolés ou réunis en petits groupes ; les néoformations polypeuses n'en renfermaient qu'un petit nombre. Il a également trouvé des pneumocoques dans la coque fibreuse d'une périsplénite et dans des végétations

fibreuses de la plèvre ; il en conclut que ces diverses transformations fibreuses sont dues à la présence et à la persistance du pneumocoque dans les tissus. Il n'y a pas eu de cultures faites avec les tissus sclérosés.

GEORGES THIBIERGE.

VI. — Runeberg relate l'observation d'un homme qui a guéri après avoir présenté simultanément tous les symptômes d'une méningite cérébrospinale (raideur de la nuque, trismus, ptose et parésie du facial) et d'une pneumonie franche du lobe inférieur droit. On trouvera également dans son travail deux observations analogues dues l'une à Sievers (*Thèse Helsingfors,* 1886) et l'autre à Willich (*Thèse Berlin,* 1879). J. B.

I. — Étude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose, par VILLEMIN (*Thèse de Paris,* 1888).

II. — Contribution à la pathogénie de la tuberculose miliaire aiguë généralisée, par P. DITTRICH (*Zeitsch. f. Heilk., IX, Heft* 1, *p.* 97, 1888).

III. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme, par L.-H. DERVILLE (*Thèse de Paris*, 1887).

IV. — Ueber die Tuberkulose der serösen Haüte (Tuberculose des séreuses), par VIERORDT (*Zeitsch. f. klin. Med., XIII, p.* 174).

V. — Remarques sur un cas de tuberculose pulmonaire avec ulcère du duodénum, par W. PEPPER et Crozer GRIFFITH (*The Americ. journ. of med. sc., p.* 34, *janvier* 1888).

VI. — De l'atrophie des muscles thoraciques chez les tuberculeux, par BOMPAR (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 *novembre* 1887).

VII. — Zur Impftuberculose von der Haut aus (Inoculation tuberculeuse par la peau), par W. LESSER (*Deutsche med. Woch., n°* 29, *p.* 592, 1888).

VIII. — Tuberculose de la peau ; lymphangite tuberculeuse à foyers gommeux, par MOREL-LAVALLÉE (*Soc. méd. des hôp.*, 24 *octobre* 1888).

I. — Le bacille de la tuberculose présente une résistance vitale considérable. Un grand nombre d'agents chimiques n'entravent en rien sa culture; d'autres la gênent d'une façon plus ou moins notable; quelques-uns enfin l'arrêtent complètement. Il en est ainsi de l'acide hydrofluosilicique, de l'ammoniaque, du fluosilicate de fer, du fluosilicate de potasse, du polysulfure de potassium et du silicate de soude.

Certaines substances réputées très antiseptiques, telles que le biiodure de mercure, le sont effectivement pour les microbes de la suppuration et pour une infinité d'autres germes; mais leur efficacité est nulle contre le bacille de la tuberculose. L'eucalyptol n'a qu'une faible action sur les cultures du bacille de la tuberculose, et s'il a sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire une influence favorable, constatée par les cliniciens, il est probable qu'elle est due à l'action qu'il exerce sur les bactéries de la suppuration et sur les diverses bactéries qui servent d'auxiliaires au bacille de la tuberculose dans son œuvre de destruction.

A. GILBERT.

II. — On trouve presque toujours le point de départ de l'infection générale tuberculeuse dans un foyer plus ancien, lequel est souvent con-

stitué par les ganglions lymphatiques; le canal thoracique, les veines et même les artères pulmonaires peuvent être envahies par propagation et il en résulte l'infection du sang (Ponfick, Weigert, etc.). L'auteur a observé un cas où une tuberculose de l'aorte fut ainsi le point de départ de la granulie. Il s'agissait d'un ganglion caséeux qui, accolé à la paroi aortique entre le péricarde et l'origine du tronc brachio-céphalique, amena l'envahissement de la paroi artérielle; le foyer tuberculeux ainsi formé finit par s'ouvrir dans la cavité de l'artère, ce qui permit aux bacilles de se disséminer dans tout l'organisme. LEFLAIVE.

III. — La tuberculose primitive des organes génitaux de la femme devient plus fréquente à mesure qu'on la cherche mieux, et l'on sait aujourd'hui que le bacille tuberculeux peut s'y rencontrer.

Une femme saine peut prendre la tuberculose dans des rapports sexuels avec un homme atteint de tuberculose génitale. C'est ainsi que les choses ont dû se passer dans plusieurs des observations rapportées par Derville, notamment dans le fait suivant : un homme dont les organes génitaux sont le siège d'une dégénérescence tuberculeuse a des rapports avec une femme saine jusque-là, exempte d'antécédents héréditaire. Cette femme prend la tuberculose, et l'accident unique ou primordial chez elle occupe la région génitale.

Dans d'autres observations, l'infection par la voie génitale est moins démontrée, la confrontation avec l'homme n'ayant pu avoir lieu, ou ce dernier n'ayant pas d'accidents génitaux appréciables. Mais la tuberculose génitale de l'homme est-elle absolument nécessaire? Landouzy et Martin, Sirena et Pernice ont en effet pu produire sur des animaux de la tuberculose avec du sperme provenant de tuberculeux, bien qu'on n'ait pu découvrir de bacilles dans ce sperme.

Du reste, l'infection tuberculeuse par le coït semble démontrée chez la race bovine; Haarstick a vu un taureau franchement tuberculeux contagionner 60 vaches jusque-là parfaitement saines, et cet exemple n'est pas unique. E. DESCHAMPS.

IV. — Anatomiquement, Vierordt insiste sur les caractères de l'inflammation, qui oblitère de bonne heure les lacunes lymphatiques, d'où la rareté de la tuberculose miliaire au cours de la tuberculose des séreuses. Elle peut englober le tubercule et le faire disparaître en ne laissant qu'une masse épaissie, couenneuse, calcaire par places. A défaut de la guérison, elle entrave dans tous les cas beaucoup les progrès des bacilles.

Huit des malades atteints présentèrent à l'autopsie une rate très hypertrophiée.

Cliniquement, Vierordt montre la lenteur relative de la marche, les rémissions et même les guérisons possibles. Dans la tuberculose péritonéale, la laparotomie, qui n'est pratiquée que par suite d'une hésitation ou d'une erreur du diagnostic, mériterait d'être faite de propos délibéré. Elle produit alors même qu'on se contente d'évacuer l'ascite sans toucher aux granulations un soulagement remarquable, bien supérieur à celui que donne la ponction. Elle a parfois même amené la guérison.

A. F. PLICQUE.

V. — Un homme de 30 ans avait été bien portant jusqu'en 1881 ; à ce moment il fut atteint de coliques violentes et de fièvre après quatre jours de constipation. A partir de cette époque troubles digestifs permanents, vomis-

sements, crises douloureuses et pyrosis, constipation et tympanite. L'amaigrissement s'accentua rapidement, puis survinrent des phénomènes pulmonaires indiquant un début de tuberculose.

Au mois de décembre 1886, les phénomènes du côté du tube digestif s'amoindrirent, mais les troubles pulmonaires s'aggravèrent : on constata l'existence d'une pleurésie droite, puis des crachats farcis de bacilles. Mort en juin 1886.

L'autopsie révéla un pyopneumothorax à droite et de nombreuses cavernes.

L'estomac, placé verticalement, était cylindrique avec trois dilatations irrégulières, dues à un ulcère en partie cicatrisé. Sur la paroi postérieure du duodénum se voyait un ulcère creux, irrégulier. L'iléon et une partie du jéjunum présentaient de nombreux ulcères semblables, manifestement tuberculeux.

Les auteurs ne savent s'il faut regarder l'ulcère comme primitif ou comme secondaire à la tuberculose pulmonaire. F. V.

VI. — L'atrophie fréquente des muscles thoraciques chez les tuberculeux se rencontre au voisinage des lésions pulmonaires, et surtout au sommet du thorax.

Pouvant être un phénomène précoce, elle présente les caractères suivants : diminution de volume ; effacement des saillies ; exagération des creux ; diminution des forces ; diminution dans la contractilité électrique.

Quelquefois accompagnée de douleurs vives dans les muscles en voie d'atrophie, elle constitue une complication de la phtisie pulmonaire en ce qu'elle augmente pour sa part la gêne respiratoire et contribue, par ce fait, à hâter son évolution. OZENNE.

VII. — Lesser admet que le virus tuberculeux peut s'introduire dans la peau par les glandes sudoripares. Son opinion repose sur le fait suivant :

Une blanchisseuse, âgée de 48 ans, dont le mari est atteint de tuberculose pulmonaire avancée, présente à la région antéro-inférieure de l'avant-bras droit, près du bord cubital, une tumeur grosse comme une cerise et située au-dessous de la peau et au-dessus de l'aponévrose. Au niveau de cette tumeur la peau n'est pas altérée ; on voit seulement autour des glandes sudoripares, dans la profondeur, une riche prolifération cellulaire. La tumeur elle-même est constituée par des nodules caséeux ; on y découvre de nombreuses cellules géantes.

Il s'agit donc là d'un noyau tuberculeux sous-cutané. Après l'extirpation, la plaie se cicatrise par première intention, mais plus tard des bourgeons apparaissent au niveau de la cicatrice.

Le 10 mai apparaît un périonyxis tuberculeux à l'annulaire gauche. Les ganglions sus-épitrochléens des deux côtés sont gros comme des cerises et indurés. On constate des râles aux deux sommets.

Du reste, l'état général est bon. La malade a plusieurs enfants bien portants. Elle a été certainement infectée par son mari qu'elle a soigné, dont elle a lavé le linge, etc.

L'examen bactériologique n'a pas été fait, l'observation remontant à 1882.

L. GALLIARD.

VIII. — Morel-Lavallée relate les faits suivants :

G..., âgé de 39 ans, garçon d'amphithéâtre, porte à la main droite cinq tubercules anatomiques d'aspect classique ; élevure irrégulière, mamelonnée, gris rougeâtre, croûtelleuse, datant de 3 à 4 ans. Depuis 3 mois, il s'est formé à la racine du petit doigt une saillie mollasse, contenant du pus ; une gomme suivie bientôt de 6 autres sur le poignet et l'avant-bras ; il n'y a pas de lymphangite tronculaire. 2 ganglions au coude et à l'aisselle sont indurés.

Le traitement par injections d'huile de vaseline iodoformée à la racine du membre avait en quinze jours fort amélioré l'état du bras. H. L.

I. — **Note sur un cas de dilatation simultanée de l'estomac et du duodénum, par DARAIGNEZ et LABOUGLE** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er *juillet* 1888).

II. — **Tetanie bei Dilatatio ventriculi, etc., par Friedrich MÜLLER** (*Charité Annalen, p.* 273, 1888).

III. — **Ein Fall von constanten Fehlen der Salzsäure im Magensaft (Absence d'HCl dans le suc gastrique), par PACANOWSKI** (*Wien. med. Presse, p.* 789, *n°* 22, 1888).

IV. — **Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum, par LETULLE** (*Soc. méd. des hôp.*, 22 *avril* 1888).

V. — **Zur Diagnose und Therapie des runden Magengeschwürs (Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac ; discussion à la Société de médecine de Berlin)** (*Berlin. klin. Woch., p.* 452, 28 *mai* 1888).

VI. — **Ueber Intussusceptio Ventriculi (Invagination de l'estomac), par CHIARI et PRIBRAM** (*Ibidem, p.* 615, 23 *juillet* 1888).

VII. — **Krankhaftes Hungergefühl, etc. (Formes diverses de boulimie), par Alex. PEYER** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, p.* 624, 15 *octobre* 1888).

VIII. — **Ueber Abscheidung neuer Formen nervöser Magenkrankheiten, etc. (Névroses de l'estomac), par Christian JÜRGENSEN** (*Deutsche Arch. f. klin. Med., XLIII, Heft* 1, *p.* 9, 1888).

IX. — **Beitrag zur Lehre von Merycismus, par Konrad ALT** (*Berl. klin. Woch., p.* 519, 2 *juillet* 1888).

X. — **Ein Fall von Rumination bei Menschen, etc., par J. BOAS** (*Ibidem, p.* 627, 30 *juillet* 1888).

XI. — **Ueber Fälle von Ruminatio, etc. (Deux cas de rumination coïncidant avec le manque d'HCl dans le suc gastrique), par Ch. JÜRGENSEN** (*Ibidem, p.* 927, 12 *novembre* 1888).

XII. — **Ueber den Hœmoglobingehalt, etc. (Richesse du sang en hémoglobine dans le cancer de l'estomac), par J. HŒBERLIN** (*München. med. Woch., n°* 22, 1888).

XIII. — **Ueber die motorische Thätigkeit, etc. (Activité motrice de l'estomac) par KLEMPERER** (*Discussion à la Soc. de méd. int. de Berlin ; Berlin. klin. Woch., p.* 956, 19 *novembre* 1888).

XIV. — **Beitrag zur Symptomatologie des chronischen Magencatarrhes... (Symptomatologie du catarrhe chronique et de l'atrophie de la muqueuse de l'estomac), par BOAS** (*Münchener med. Woch., n°* 41, 1887).

XV. — **Gastrolithen beim Menschen, par KOOCKER** (*Zeitschr. f. klin. Med., XIV, p.* 203).

I. — En faisant une autopsie, les auteurs ont trouvé la cavité abdominale occupée par une vaste poche fluctuante, affectant la forme d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas. La petite extrémité supérieure présentait un sillon qui la divisait en deux portions d'inégal volume, l'une, gauche plus dilatée, et l'autre droite ; la première correspondait à l'estomac et la seconde au duodénum. L'estomac, dont les parois étaient très amincies, offrait un diamètre vertical de 39 centimètres et un diamètre transversal de 25 centimètres ; quant au duodénum, il présentait une largeur de près de 7 centimètres.

Ce fait rare de coexistence de la dilatation stomacale et de la dilatation

duodénale (c'est le 2e cas publié) est survenu chez un aliéné polyphage, par suite d'une surcharge alimentaire continuelle. OZENNE.

II.—Fr. Müller rapporte deux cas de tétanie, terminés par la mort, en relation avec une dilatation considérable de l'estomac. Cette dilatation était due à des causes différentes.

Dans le premier cas, chez une femme de 44 ans, il y avait une cicatrice du duodénum avec adhérences à la vésicule biliaire et rétrécissement de l'intestin à ce niveau. Le pylore était également très rétracté. Entre ces deux resserrements, le duodénum était dilaté. Chez l'autre malade, une femme de 47 ans, des adhérences cicatricielles et péritonitiques avaient donné à l'estomac la forme d'un bissac et lui avaient imprimé un mouvement de torsion qui amenait l'occlusion du pylore. Cet estomac était très fortement dilaté. L'intestin était presque complètement vide.

Dans ces deux cas, il y avait eu des vomissements abondants; c'est le fait habituel dans la tétanie qui se montre consécutivement à la gastrectasie. Chez la première malade, on avait noté des hématémèses en rapport avec l'ulcère duodénal et le contenu de l'estomac avait été trouvé acide, riche en acide chlorhydrique.

Dans le second cas, au contraire, l'acidité était due à des acides de fermentation, l'acide chlorhydrique faisait défaut. L'auteur a cherché à extraire par l'éther, puis l'acide chlorhydrique dilué, des ptomaïnes, des bases alcaloïdes des matières vomies. Il a injecté le liquide saturé par la soude à des lapins sans leur causer d'accidents toxiques. La présence de substances toxiques dans les matières renfermées dans l'estomac dilaté n'est donc pas démontrée. A. MATHIEU.

III. — Un homme de 51 ans, buveur et fumeur, a depuis dix mois des troubles gastriques : douleur, régurgitations aqueuses, inappétence ; il a maigri et perdu ses forces, il a un teint jaunâtre, il est constipé. Pas de tumeur gastrique; l'épigastre est tympanisé, mais le bord supérieur de l'estomac reste à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

A l'aide de la sonde, l'auteur extrait de l'estomac, par la méthode d'Ewald 150 centimètres cubes de bouillie épaisse, légèrement acide. Après filtration, la tropéoline et le violet de méthyle ne décèlent aucune trace d'acide chlorhydrique; au contraire, le réactif d'Uffelmann y montre de l'acide lactique. Le liquide mis en présence d'une petite quantité de fibrine de sang n'en opère pas la digestion.

L'auteur diagnostique une atrophie des glandes à pepsine avec insuffisance motrice; il ne se prononce pas sur le carcinome à cause de l'absence de tumeur.

Lavages à l'acide borique, diète lactée, pepsine et acide chlorhydrique. Les douleurs disparaissent, mais les sécrétions ne se modifient pas.

L. GALLIARD.

IV.— Letulle met d'abord en relief le peu de précision de nos connaissances étiologiques sur la production de l'ulcère simple, puis il émet l'idée qu'un certain nombre de cas peuvent être la conséquence d'une maladie infectieuse plus ou moins récente. Il rapporte à l'appui de cette hypothèse 5 observations :

1° Ulcère du duodénum chez un syphilitique avec dilatation de l'estomac, survenant quatre mois après la guérison d'un abcès chronique du sinus maxillaire ; 2° ulcère de l'estomac avec abondantes hémorragies chez un malade ayant eu quelques années auparavant un farcin grave, suivi de suppurations prolongées; 3° ulcère de l'estomac chez un jeune homme ayant eu quatre ans auparavant une variole grave; 4° ulcère de l'estomac chez un

soldat revenant du Tonkin, où il avait eu de sérieuses atteintes de dysenterie compliquée de nombreux abcès sous-cutanés ; 5° ulcère de l'estomac se développant quatre semaines après la guérison d'une lymphangite suppurée du membre inférieur.

Letulle résume les diverses maladies infectieuses dont la coïncidence a été signalée d'une manière plus ou moins explicite par les auteurs : 1° la tuberculeuse pulmonaire (Louis, Dietrich) et l'abcès du poumon (Lebert); 2° les maladies de l'appareil digestif et en particulier la péritonite, le typhus abdominal et la fièvre typhoïde; 3° l'érysipèle, la variole, le choléra, la dysenterie et le charbon et la plupart des maladies pyogéniques ou pyo-septicémiques. S'appuyant sur les données anatomiques fournies par l'examen d'estomacs ulcérés par suite de la fièvre typhoïde et sur une expérience faite sur un cobaye (injection dans le péritoine d'une culture de staphylococcus, ecchymose sous-muqueuse de l'estomac), Letulle admet que certains états de l'estomac, la dilatation, par exemple, favorisent le dépôt des germes pathologiques dans les parois gastriques, d'où lésions hémorragiques et ulcères. H. L.

V. — P. Guttmann dose l'acidité du suc gastrique quand son diagnostic hésite entre un cancer et un ulcère simple de l'estomac. L'expérience lui a, en effet, appris que, dans cette dernière affection, la proportion d'acide chlorhydrique de l'estomac ne tombe jamais au-dessous du chiffre moyen de la normale, tandis que, dans le cancer, l'acidité est toujours plus faible ou même fait totalement défaut. Schæffer a fait sur ce point des recherches confirmatives sur 10 malades.

Schæffer indique les raisons qui font penser que dans l'ulcère simple, il y a production considérable, sinon même anormale d'acide chlorhydrique. C'est en premier lieu l'absence de la réaction de l'amidon. L'iodure de potassium iodé donne, avec un suc gastrique contenant beaucoup d'acide chlorhydrique, la réaction de l'érythrodextrine. Il faut donc admettre que l'acide chlorhydrique existe déjà dans l'estomac à jeun, ou bien que la sécrétion en est si précoce que les produits ultérieurs de la digestion des amylacés ne peuvent plus prendre naissance. Un second motif, c'est que chez tous les malades examinés par lui, il n'a jamais trouvé de l'albumine, mais toujours déjà de la peptone, alors que chez les individus bien portants on retrouve encore constamment des traces d'albumine dans le contenu gastrique cinq quarts d'heure après le repas. Chez les malades affectés d'ulcère, le pouvoir digestif est encore très énergique, ce qui indique un excès de formation d'acide chlorhydrique. L'absence d'acide lactique est aussi, pour Ewald, un signe de la suractivité de production de l'acide chlorhydrique. Enfin, la cessation des douleurs, après l'ingestion d'alcalins, témoigne encore qu'on a neutralisé l'acide chlorhydrique sécrété en profusion.

Fr. Müller déclare que l'examen du suc gastrique pratiqué uniformément sur tous les malades atteints d'ulcère simple, loin de révéler sa constante suracidité, l'a montrée dans un certain nombre de cas, comprenant surtout des individus chlorotiques et anémiques, non seulement faiblement acide, mais même neutre ; une fois, la réaction par le violet de méthyle faisait défaut.

D'ailleurs, il est d'autres moyens de diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère simple de l'estomac, par exemple le poids du corps.

Müller l'a étudié chez 26 malades traités dans le service de Gerhardt pour un ulcère gastrique. Chez 3 malades seulement, le poids du corps a diminué; l'un d'entre eux avait une péritonite et un autre une complication pulmonaire.

L'état du sang n'a pas moins d'importance. Tandis qu'il est généralement normal dans l'ulcère, les globules rouges dans le cancer diminuent souvent considérablement de nombre; leur chiffre s'abaisse à 2 millions et même à 1,3 million. En revanche, la plupart du temps, le nombre des leucocytes est triple ou quadruple. Il n'y a d'exception qu'en cas de rétrécissement considérable de l'œsophage ou du pylore; alors, en effet, la gêne apportée à l'absorption des liquides amène un épaississement du sang avec multiplication des hématies, jusqu'à 6 millions ou même plus.

L'albuminurie, très rare dans l'ulcère, est plus commune qu'on ne le croit dans le cancer. Enfin la constipation domine dans l'ulcère, tandis que dans environ la moitié des cancers, surtout à une période avancée, il survient de la diarrhée.

Rosenheim constate aussi qu'il a plutôt trouvé, en cas d'ulcère gastrique, une diminution qu'une augmentation d'acide chlorhydrique; sur 8 femmes chlorotiques, 2 seulement avaient de l'hypersécrétion.

Le nitrate d'argent (à la dose de 0,06 en pilules) a réussi dans un cas et échoué dans un autre.

Dans la clinique de Leube, on a remarqué également plutôt une diminution de l'acidité du suc gastrique chez les femmes chlorotiques. J. B.

VI. — Femme de 44 ans, plongée dans un profond marasme; elle était atteinte d'ictère et vomissait de la bile; son suc gastrique ne contenait pas d'acide chlorhydrique et son estomac offrait des mouvements péristaltiques violents. On diagnostiqua un cancer du pylore. A l'autopsie, on constata en outre une hydropisie de la vésicule biliaire et de l'angiocholite ulcéreuse due à des calculs, le fait très rare d'une invagination partielle de l'estomac. La région pylorique de la grande courbure était garnie d'adénomes polypeux et invaginée dans le pylore et la portion supérieure du duodénum. J. B.

VII. — Peyer relate cinq observations de formes diverses de boulimie dont une chez une homme, puis il conclut ainsi :

On peut établir deux formes principales de la maladie : la boulimie aiguë et la boulimie chronique.

La forme aiguë est caractérisée par l'absence de tous prodromes, le début inopiné et foudroyant au point que les malades eux-mêmes et leur entourage croient avoir affaire à une maladie grave. En une demi-heure ou une heure, tout est terminé, et l'accès ne se reproduit plus ou ne se reproduit qu'après un très long intervalle.

La forme chronique, beaucoup plus commune, a, au contraire, des signes avant-coureurs. Habituellement les malades éprouvent, depuis quelque temps déjà, divers symptômes neurasthéniques ou hystériques, un besoin de manger insolitement fréquent, etc. Les accès de boulimie reviennent une ou plusieurs fois par jour, ou bien le besoin morbide de nourriture est permanent, jour et nuit, durant des mois ou même des années.

Les causes de la boulimie, sont : 1° l'excitation continue du système nerveux due à des chagrins ou des soucis ; 2° l'épuisement du corps et du système nerveux à la suite de maladies longues et graves ; 3° la neurasthénie héréditaire et 4° l'hystérie.

Dans un petit nombre de cas, on ne peut découvrir aucune cause à l'affection, qui doit être alors considérée comme une névrose limitée à l'estomac.

La boulimie n'étant, la plupart du temps, qu'un symptôme, ne peut donner lieu à un traitement spécifique ; c'est la cause qu'il faut chercher et soigner : affections sexuelles féminines, hystérie, etc.

Durant l'accès, le meilleur moyen de soulager immédiatement les malades consiste à leur faire prendre un ou plusieurs verres d'un vin généreux ou d'une bière forte. J. B.

VIII. — Jürgensen rapporte un cas de dyspepsie nerveuse très voisine de ceux que Rossbach a qualifiés de gastroxynxis (Gastroxie de Lépine).

Un commerçant, d'âge moyen, est pris spontanément tous les quinze ou vingt jours d'accès qui rappellent beaucoup les accès de migraine. Au réveil, céphalalgie, douleur orbitaire, sensation de malaise gastrique, renvois acides. Bientôt surviennent des vomissements très acides.

De semblables crises peuvent être provoquées par des causes morales. Certains aliments sont mal tolérés. Dans l'intervalle des crises, rien de particulier. Les matières vomies ont seules été examinées et d'une façon assez sommaire. Leur acidité était marquée ; elles renfermaient peu ou pas d'acide lactique, des peptones et une notable quantité d'acide chlorhydrique.

L'usage de l'eau de Vichy artificielle amena un soulagement marqué.

A. MATHIEU.

IX. — Jeune homme de 24 ans, atteint de convulsions dans son enfance. A l'âge de 10 ans, a débuté le mérycisme. L'ascension des boissons et des aliments non digérés se produit dans un temps variable, de quelques minutes à plusieurs jours après le repas. Le malade ne mastique réellement que les aliments ruminés, et alors seulement il en perçoit la saveur. En faisant une inspiration très profonde et en retenant ensuite sa respiration, il est parfois en état de provoquer l'ascension des aliments. Malgré l'ingestion d'une énorme quantité d'aliments, la sensation de faim persiste tant qu'il ne les a pas ruminés. La nuit, il ne peut s'endormir avant la rumination, sinon la bouillie alimentaire s'écoule par sa bouche pendant qu'il dort. Un quart de minute avant l'ascension des aliments, il en a notion et peut s'y opposer par un rapide mouvement de déglutition. A force d'attention, il parvient parfois, plusieurs heures durant à empêcher cette ascension, mais alors il souffre de la faim et est incommodé par du pyrosis et des renvois acides. Ce malade est maigre et a le teint blafard ; sa langue est recouverte d'un enduit gris blanchâtre. L'estomac, un peu dilaté, descend à deux demi-travers de doigt au-dessous du nombril ; bruit de flot à son niveau. — Un repas d'épreuve a permis de constater que le suc gastrique présentait une acidité exagérée et digérait bien la viande, tandis que la digestion des féculents était défectueuse.

Aucun auteur n'a insisté encore sur ces troubles de la digestion stomacale qui jettent cependant un grand jour sur l'étude du mérycisme. La rumination des aliments constitue un correctif à leur insalivation incomplète qui entraîne la suracidité du suc gastrique et la digestion imparfaite des amylacés. En effet, les jours où le malade d'Alt était invité à s'empêcher de ruminer, son suc gastrique offrait une acidité de 0,35 ou de 0,39 0/0, et il ne digérait pas les féculents, tandis que les jours alternatifs où il ruminait librement, l'acidité gastrique tombait à 0,14 ou 0,17 0/0, et la digestion des féculents était convenable.

Le traitement paraissait tout indiqué ; Alt l'institua de la façon suivante :

Le matin à jeun, sel de Carlsbad, et immédiatement après, pendant que la réaction gastrique est encore alcaline, déjeuner composé de lait et d'un petit pain que le malade doit mastiquer lentement et complètement. Les deux

autres repas, pour commencer, comprennent surtout des substances albuminoïdes additionnées d'une petite quantité d'amylacés ; dès que le malade éprouve de la tension ou des tiraillements épigastriques, il doit prendre du bicarbonate de soude sur la pointe d'un couteau. Enfin, il doit, à l'aide de mouvements de déglutition, faire redescendre les bols alimentaires qui tendraient à remonter de l'estomac.

Dès le cinquième jour de cette médication, le malade évitait facilement de ruminer sans souffrir de la faim ; au bout d'une quinzaine, tout besoin de rumination avait à peu près disparu.

Alt recourut alors à la faradisation locale pour renforcer la musculature de la partie inférieure de l'œsophage. En même temps, le malade était remis au régime alimentaire normal sans aucun inconvénient.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il y a six semaines, la guérison s'est maintenue (R. S. M., VI, 41 ; XXIII, 434 ; XXV, 28 ; XXVI, 432, et XXVII, 558.)

J. B.

X. — A l'inverse du malade d'Alt, celui de Boas se faisait remarquer par le manque d'acidité de son suc gastrique ; aussi l'administration de l'acide chlorhydrique eut-elle pour effet d'améliorer les symptômes morbides.

Le malade de Boas, âgé de 29 ans et demi, était atteint de mérycisme depuis l'âge de 18 ans, à la suite d'accidents gastriques aigus. D'abord légère et rare, la rumination devint de plus en plus fréquente sous l'influence de nombreux écarts de régime et d'une vie agitée ; à de nombreuses reprises, des troubles dyspeptiques reparurent. Peu à peu, se développèrent des douleurs de tête, un sentiment de lassitude, de l'inaptitude à un travail continu, une humeur noire et en dernier lieu de l'amaigrissement.

Le malade offre une hyperesthésie intense des téguments abdominaux ; absence des réflexes rotuliens. Sensibilité exquise de l'épigastre à la pression. Pas de dilatation de l'estomac ni d'insuffisance de cardia. Jamais d'éructations, de vomissements ni de tension épigastrique. Ce jeune homme a toujours mangé gloutonnement. La rumination se produit immédiatement après le manger. Les aliments ruminés ont toujours une saveur douce excessivement agréable ; pas de glycosurie.

Les mets avalés en dernier lieu sont les premiers qui remontent de l'estomac.

Pour Boas, le mérycisme est une névrose vasomotrice de l'estomac, et les troubles chimiques de la digestion gastrique ne sont qu'un épiphénomène du complexus symptomatique ; ainsi s'explique pourquoi Alt d'une part, Boas de l'autre, ont soulagé, sinon guéri leurs malades par des médications tout opposées. J. B.

XI. — 1er *cas*. Robuste paysan, âgé de 23 ans. L'affection a débuté, il y a deux ans et demi, d'abord par des hoquets, puis par la rumination de la viande et de tous les aliments.

Le malade fait des repas qui se prolongent une heure, afin d'arriver à garder quelque chose dans son estomac. Sa langue est nette, et il n'a jamais le sentiment de la faim. Le traitement par le gavage a chaque fois été efficace, mais le mérycisme reparaît dès qu'on reprend l'alimentation normale.

2e *cas*. Jeune fille dont le père (un médecin) et le grand-père sont également affectés de mérycisme. Chez elle, l'affection a débuté brusquement, sans cause connue, il y a dix ans. Tandis que chez le précédent malade la rumination s'accomplit au fur et à mesure de la déglutition des aliments, chez celle-ci elle ne se produit que quand le repas est terminé ou interrompu. Comme l'homme, c'est le lait qu'elle garde le mieux. La langue est chargée, l'appétit est bon, la nutrition normale ainsi que les garde-robes. Le gavage n'a jamais donné des résultats aussi complets que dans le premier cas.

Chez ces deux malades, Jürgensen a reconnu, à maintes reprises, l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. J. B.

XII. — Les recherches de Haeberlin ont été faites à l'aide de l'hémomètre de Fleischl. Il a constaté une diminution de l'hémoglobine très marquée. Le plus souvent, le sang perd au moins 50 0/0 de son hémoglobine; il y a toutefois des variations assez étendues. Il est difficile de savoir la cause de ces variations; toutefois, à plusieurs reprises, on a vu le taux de l'hémoglobine s'élever lorsque la diarrhée succédait à une longue période de constipation. A. M.

XIII. — Le procédé de Klemperer, pour apprécier le travail moteur de l'estomac, est fondé sur l'emploi des graisses liquides, de l'huile d'olive spécialement, qui n'est ni altérée, ni résorbée, ni miscible dans l'estomac. Il suffit d'évaluer la quantité d'huile qui, dans un temps donné, a quitté l'estomac pour l'intestin. Au moyen de l'entonnoir et de la sonde, on verse dans l'estomac 105 grammes d'huile (5 grammes restent adhérents aux parois des instruments) qu'on aspire au bout de deux heures. Pour ramener les dernières parcelles d'huile, on pratique des lavages stomacaux avec de l'eau. L'huile une fois séparée de l'eau, on l'agite avec de l'éther pour la débarrasser des mucosités. On trouve ainsi qu'au bout de deux heures un estomac normal doit avoir poussé de 70 à 80 grammes d'huile dans l'intestin.

Voici les résultats auxquels Klemperer est arrivé :

1° Dans les conditions physiologiques, la neutralisation des acides gastriques ne gêne nullement le travail moteur de l'estomac; au contraire, une suracidité du contenu gastrique peut l'entraver. L'estomac se débarrasse de l'huile d'une façon continue et non par saccades. L'alcool à petites doses et les eaux minérales purgatives n'ont aucune influence, tandis qu'à hautes doses l'alcool entrave les mouvements de l'estomac;

2° Dans le catarrhe chronique de l'estomac (13 cas), l'activité motrice de l'organe est notablement affaiblie durant les périodes d'exacerbation et redevient ensuite meilleure, indépendamment de la teneur en acide gastrique;

3° Certaines névroses de l'estomac se compliquent aussi d'une diminution marquée du travail moteur;

4° Le cancer (5 cas) n'a aucun effet spécifique.

Dans la discussion, *Ewald* fait remarquer que les résultats obtenus par Klemperer avec son procédé concordent parfaitement avec ceux que lui-même a obtenus avec le salol.

Leo rappelle qu'à côté des cas d'atonie de l'estomac, d'affaiblissement de son activité motrice, il est, même en dehors des rétrécissements du pylore, des cas de suractivité motrice, de travail exagéré de l'estomac : c'est le fait, par exemple, dans beaucoup de boulimies. Leo observe en ce moment un névropathe, âgé de 37 ans, qui, depuis plus de dix ans, est obligé de manger toutes les deux heures; sinon il est pris de lourdeur de tête, de faiblesse et de sueurs; une heure et demie après un copieux déjeuner, son estomac est déjà vide. J. B.

XXIV. — Dans le catarrhe gastrique chronique, muqueux, le contenu de l'estomac renferme de la mucine en quantité notable. Le ferment de coagulation du lait (présure) est conservé. Dans le catarrhe chronique

avec atrophie de la muqueuse, au contraire, il n'y a pas de mucine ni de présure. On constate, dans ce dernier cas, de la sensibilité au creux épigastrique, avec crises douloureuses paroxystiques et irradiations vers le dos et les côtés. Le catarrhe muqueux est absolument indolore. Cela permet déjà de le distinguer des diverses dyspepsies acides.

A. MATHIEU.

XV. — Koocker rapporte une observation de gastrolithe chez un malade qui, après avoir présenté des phénomènes de cachexie avec hématémèses, succomba au bout de trois ans de maladie. Pendant la vie, on sentait à l'épigastre une tumeur du volume d'une petite pomme, et on avait successivement discuté les hypothèses de déplacement de la rate, de rein flottant, de cancer de l'estomac, de cancer du colon. A l'autopsie on trouva, remplissant entièrement l'estomac, une masse en forme de rein, de 18 centimètres sur 8, pesant 885 grammes, et deux autres masses du volume d'un œuf de poule. L'examen microscopique montra des grains de fécule, des cellules végétales dont quelques-unes à chlorophylle, mais sans aucun élément d'origine animale.

F. PLICQUE.

I. — **Zur Diabetes mellitus...**, par **SEEGEN** (*Zeitsch. für klin. Med.*, *XIII*, *p.* 267).

II. — **Ueber das Verhältniss des Diabetes...** (**Relations du diabète sucré avec les affections du système nerveux**), par **L. AUERBACH** (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic.*, *XLI*, *p.* 484).

III. — **Zur Lehre von den diabetischen Lungenerkrankungen** (**Lésions pulmonaires dans le diabète**), par **H. FINK** (*Münch. med. Woch.*, *n°* 37, 1887).

IV. — **Du diabète phosphatique, son influence dans la production des lésions chirurgicales**, par **CERNÉ** (3e *Congrès français de chirurgie*, 1888).

V. — **Die Diagnose des Diabetes**, par **ROSENFELD** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 451, *n°* 23, 1888).

VI. — **Perte des réflexes tendineux dans le diabète**, par **G. NIVIÈRE** (*Thèse de Paris*, 1888).

VII. — **Diabetes mellitus mit Erkrankungen des Herzens** (**Diabète et maladies du cœur**), par **J. MAYER** (*Zeitsch. f. kl. Medic.*, *XIV*, *p.* 212).

VIII. — **Ueber wirkliches und scheinbares Aufhören der Zuckerausscheidung...** (**Disparition réelle ou apparente du sucre dans le diabète**), par **TESCHEMACHER** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 205, 1888).

IX. — **A certain cutaneous affection occuring in diabetes**, par **David PRYCE** (*Lancet*, 14 *juillet* 1888).

X. — **Recherches sur la pathogénie du diabète**, par **ARTHAUD** et **BUTTE** (*Arch. de physiol.*, 1er *avril* 1888).

XI. — **Des hémiplégies chez les diabétiques**, par **Aug. PUECH** (*Thèse de Paris*, 1888).

XII. — **La tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré**, par **A. BAGOU** (*Thèse de Paris*, 1888).

XIII. — **Glycogen in den Capillaren der Grosshirnrinde...** (**Glycogène dans les capillaires du cerveau au cours du diabète**), par **G. FÜTTERER** (*Cent. f. d. med. Wiss.*, *n°* 28, 1888).

I. — Seegen regarde la forme bénigne du diabète, le diabète gras, comme d'origine uniquement hépatique. Les cellules du foie sont seules

atteintes ; par suite d'une modification anatomique ou chimique encore inconnue, elles ont perdu leur pouvoir glycogénique. Une grande partie du sucre, introduit par les aliments, cesse ainsi d'être utilisée et se trouve éliminée par l'urine. Le régime aura dans cette forme de diabète une grande efficacité thérapeutique.

La forme grave, le diabète maigre, est au contraire due à une altération de toutes les cellules de l'économie. Celles-ci ont perdu le pouvoir d'utiliser le sucre qui leur est apporté par le sang. — Le régime n'aura plus qu'une influence purement palliative. A. F. PLICQUE.

II. — Revue d'ensemble intéressante divisée en deux parties. Dans la première, l'auteur considère les relations des diverses affections nerveuses avec le diabète, celles-là amenant celui-ci. Dans la seconde, il est question des accidents nerveux variés qui peuvent survenir chez les diabétiques ; accidents nerveux qui ne sont nullement en rapport avec la quantité de sucre perdue, puisque, dans certains diabètes à glycosurie abondante, les phénomènes nerveux font défaut, tandis que dans certains diabètes à glycosurie faible, au contraire, ils sont très accentués. A. MATHIEU.

III. — On peut observer chez les diabétiques, en dehors de tout processus tuberculeux, une pneumonie fibreuse spéciale déjà décrite par Riegel. Fink en rapporte un nouveau cas, relatif à un homme de 32 ans, atteint depuis 3 ans de diabète sucré, et chez lequel 3 mois avant la mort on avait diagnostiqué une induration scléreuse du poumon droit avec dilatation et sécrétion purulente des bronches. Jamais on ne trouva de bacilles de la tuberculose dans les crachats. L'autopsie confirma le diagnostic, et ne permit de constater dans le tissu sclérosé ni bacilles ni nodules tuberculeux. A. CHAUFFARD.

IV. — Cerné rapporte trois observations de malades atteints de diabète phosphatique, et chez lesquels se sont montrés, après une intervention chirurgicale, des accidents de gangrène. La gravité est moindre que dans le diabète vrai : cependant il n'en faut pas moins combattre la phosphaturie. L'administration de la teinture éthérée de phosphore est indiquée. OZENNE.

V. — La plupart des réactifs employés pour doser le sucre laissent échapper les faibles quantités. La liqueur de Trommer ne donne rien au-dessous de 0,0625 0/0 ; s'il y a seulement 0,05 0/0 de sucre, la réduction fait défaut. La liqueur de Fehling ne donne avec 0,125 0/0 qu'un précipité jaune verdâtre, et avec 0,0625 pas de précipité. Le bismuth ne fournit avec 0,005 qu'un précipité brûnatre ; il faut 0,1 0/0 de sucre pour obtenir la couleur noire. L'acétate de plomb n'est pas sûr au-dessous de 0,1 0/0.

La réaction de Molisch (naphthol α et acide sulfurique), celle de Penzoldt (acide diazobenzosulfurique), celle d'Aglitini (chlorure d'or et lessive de potasse) sont également imparfaites. Même réflexion à propos du procédé de fermentation.

Le meilleur réactif est la phénylhydrazine de E. Fischer, qui fournit avec les plus faibles quantités de sucre des cristaux de phénylglycosozone ; on voit alors au microscope des aiguilles jaunes tantôt réunies en gerbes, tantôt en étoiles ou isolées ; il n'y a pas d'erreur possible. Ce procédé décèle jusqu'à 0,033 0/0 de sucre.

En examinant avec ce réactif l'urine de 42 sujets en apparence sains, l'auteur a constaté six fois du sucre.

Les six sujets glycosuriques étaient-ils à considérer comme des malades? Pour le savoir il convenait de leur faire ingérer des aliments qui chez les diabétiques véritables augmentent la proportion de sucre, par exemple du pain blanc. Or, chez trois d'entre eux, l'ingestion de 160 grammes de pain blanc n'a eu aucune influence sur l'état de l'urine; ces sujets ne sont donc pas diabétiques. L. GALLIARD.

VI. — Une statistique de 210 cas a montré que les réflexes tendineux faisaient défaut ou étaient très diminués chez environ 40 0/0 des diabétiques; cette absence peut donc être un signe révélateur de la maladie. Elle indique qu'il faut s'abstenir autant que possible de toute opération chirurgicale chez ces malades. LEFLAIVE.

VII. — Sur 380 diabétiques, Mayer a trouvé 80 fois une augmentation du volume du cœur, soit par dilatation, soit par hypertrophie. Dans une première classe de diabétiques, faibles, pâles, délicats, on observe surtout l'affaiblissement du muscle cardiaque et la dilatation. — La maladie évolue d'une façon rapide et grave. — Les poussées d'endocardite sont assez fréquentes. — Chez les diabétiques vigoureux, sanguins, le cœur est surtout hypertrophié, mais cette hypertrophie est pendant longtemps tolérée et n'est que tardivement suivie de dilatation. — Enfin, chez les diabétiques très gras, la dégénérescence graisseuse et l'artériosclérose généralisée ajoutent leurs effets à ceux de l'hypertrophie.

Mayer attribue les troubles cardiaques aux modifications de la nutrition générale qui, en augmentant la quantité de sucre et d'azote à éliminer par le rein, détruisent l'équilibre du travail du cœur. A.-F. PLICQUE.

VIII. — La guérison spontanée du diabète a été observée par l'auteur chez une femme de 60 ans qui, depuis six mois, avait en moyenne 6 0/0 de sucre dans l'urine. Elle n'avait pas suivi de régime spécial, et n'avait pris qu'une faible quantité d'eau de Neuenahr.

L'auteur constate qu'elle avait l'urine acide, densité 1030; en outre, l'urine était sirupeuse, filante, mais ne contenait ni sucre ni albumine.

Chez les sujets atteints de catarrhe vésical, le sucre peut être détruit dans la vessie par fermentation. On le retrouve dans l'urine quand la cystite est guérie.

L'auteur insiste sur la relation qui existe entre le catarrhe gastrique et le diabète. Certains malades ont du sucre à la suite de chaque indigestion. La guérison du catarrhe gastrique s'accompagne de la disparition du sucre.

Il y a des diabètes intermittents qui s'expliquent de cette façon.

A côté du diabète intermittent, il faut placer le diabète léger. Certains sujets robustes, mais signalés comme diabétiques, arrivent aux stations thermales, et là on s'étonne de ne pas trouver de sucre à la première analyse. Puis plus tard, à l'occasion du moindre écart de régime, le sucre apparaît. Chez les diabétiques affaiblis, au contraire, le voyage a toujours pour résultat l'augmentation du sucre. L. GALLIARD.

IX. — Pryce a observé que dans le diabète il survient souvent des accidents cutanés, symétriques, douloureux, s'accompagnant d'œdèmes et d'érythèmes localisés. Pour lui, ces accidents sont dus à de la névrite résultant de la circulation du sucre dans le sang, comme on en trouve

dans d'autres intoxications. Cette névrite se localisant principalement aux nerfs vaso-moteurs amène ces accidents circulatoires du stase et des congestions qui sont le premier degré des gangrènes locales symétriques et des gangrènes diabétiques. Il se base pour admettre ces conclusions sur : 1° la ressemblance de ces phénomènes avec ceux qu'on observe dans l'ataxie, le mal perforant, dans les œdèmes dus à des lésions traumatiques des nerfs, avec ceux qui surviennent dans la névralgie des diabétiques que Ziemssen, Buzzari et d'autres rattachent à des névrites;

2° Sur la symétrie des lésions qui les rattachent à une cause générale;

3° Sur les poussées simultanées du sucre dans les urines et des altérations de la peau. LUBET BARBON.

X. — Chez les animaux, les névrites expérimentales du bout périphérique du vague droit déterminent de la polyurie, de la polydipsie, de la polyphagie, avec des rémittences et des exacerbations, de la glycosurie, de l'albuminurie, de l'azoturie, de l'augmentation de poids, puis de l'amaigrissement ; bref, un désordre profond de la nutrition, une véritable maladie se terminant par la mort, qui survient à la suite de lésions organiques accentuées.

Sans conclure à l'identité absolue de ces phénomènes avec les symptômes du diabète spontané, l'on ne peut cependant s'empêcher de leur trouver une grande analogie. Les altérations anatomo-pathologiques du foie et des reins, celles mêmes observées chez les animaux à la suite des névrites du vague sont absolument identiques à celles qui ont été décrites dans ces dernières années chez les diabétiques. A. GILBERT.

XI. — L'hémiplégie est un accident relativement fréquent du diabète; ce ne peut être une simple coïncidence. Elle s'observe de préférence dans les formes de diabète arthritique ou diabète gras, et a peut-être la même origine constitutionnelle. Dans la plupart des cas accompagnés d'autopsie, la lésion est un foyer de ramollissement cérébral en rapport avec une altération vasculaire. Mais il y a des cas où aucune lésion n'a été constatée. Il est rationnel en parail cas d'invoquer comme pathogénie l'intoxication urémique ou acétonémique (15 observations). H. R.

XII. — Il résulte du travail de Bagou que la phtisie des diabétiques est toujours de la tuberculose, quelle que soit sa forme clinique. Aiguë, chronique, pneumonique ou ulcéreuse, elle a toujours pour substratum anatomique le bacille. Celui-ci envahit d'autant plus facilement l'organisme qu'il le trouve débilité par l'imprégnation sucrée.

La cause prochaine de la tuberculose, chez les diabétiques, est la diminution de la résistance de leur organisme au diabète. Cliniquement, les caractères spéciaux de cette phtisie sont de débuter insidieusement, de provoquer peu d'hémoptysies, peu de réaction fébrile, à peine de transpiration. Mais au point de vue de pronostic c'est une des plus malignes, et elle ne rétrocède pour ainsi dire jamais. H. R.

XIII. — Dans les capillaires de l'écorce cérébrale, chez un diabétique, Fütterer a trouvé de véritables thromboses produites par des granulations de matière glycogène. Il est possible que ces thromboses ou ces embolies puissent être la cause de certains accidents nerveux du diabète. Fütterer a constaté au voisinage de ces oblitérations vasculaires l'absence du réseau des filaments cellulaires, et il se demande si cela n'est pas la conséquence de ces embolies vasculaires. A. MATHIEU.

Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du cancer primitif du pancréas, par BARD et A. PIC (*Revue de médecine, avril et mai* 1888).

Dans cette monographie du cancer primitif du pancréas, Bard et Pic ont insisté sur certains symptômes qui avaient été laissés dans l'ombre par leurs devanciers.

L'ictère, d'après eux, serait constant : ictère chronique, allant en s'accentuant de jour en jour jusqu'à devenir noir. La rétention biliaire qui en est la cause productrice se traduit souvent, en outre, par une tuméfaction de la vésicule biliaire appréciable à travers les téguments. Cette tuméfaction est souvent prise pour une tumeur véritable et, en particulier, pour une tumeur cancéreuse, à laquelle on peut rattacher tous les accidents. Or, il est exceptionnel qu'on perçoive le cancer pancréatique par le palper abdominal. La douleur à laquelle ce cancer donne lieu siège d'habitude au creux épigastrique ; celle de la région dorsale serait beaucoup plus rare. Les troubles digestifs sont constants ; avec l'ictère ils ouvrent souvent la scène morbide. Par contre, la sialorrhée, les selles graisseuses, la sécheresse de la bouche, la sensation de sable dans l'arrière-gorge auraient une importance très secondaire. La dysurie, l'albuminurie seraient habituelles ; la glycosurie, au contraire, tout à fait rare. Ils n'ont, disent-ils, aucune idée de la valeur du procédé de Sahli, basé sur la décomposition du salol dans l'intestin sous l'influence du suc pancréatique. Ordinairement la température est au-dessous de la normale. Quelques-uns des malades dont ils rapportent l'histoire ont eu des hémorragies, soit stomacales, soit intestinales. Enfin, ce qui caractériserait surtout le cancer, c'est une cachexie des plus rapides, et qui aurait pour cause principale l'atteinte grave portée à la nutrition par l'élaboration défectueuse du suc pancréatique.

En somme, aucun signe pathognomonique ne caractérise cette maladie ; aussi peut-on la confondre avec une foule d'affections, d'abord avec toutes celles qui s'accompagnent de rétention biliaire, puis avec le cancer primitif du foie, avec celui des voies biliaires et avec celui de l'estomac propagé au foie.

La plupart des symptômes s'expliquent par le fait que le néoplasme occupe d'habitude la tête du pancréas, là où passent les canaux cholédoque et pancréatique. Contrairement à ce que l'on admettait autrefois, le cancer primitif du pancréas est ordinairement constitué par de l'épithélioma : épithélioma glandulaire habituellement, épithélioma excrétoire ou cylindrique beaucoup plus rarement. Enfin, comme il entre dans la constitution du pancréas une assez notable quantité de tissu conjonctif, il peut se faire théoriquement que celui-ci devienne le point de départ du néoplasme.

Comme lésions secondaires, Bard et Pic insistent sur la production fréquente de *petits* noyaux hépatiques nettement encapsulés et sur celle d'une cirrhose hépatique d'origine biliaire, déjà signalée par Ramoz et Cochez.

Il considèrent que l'ablation du pancréas, conseillée par Sègre, est une opération qui offre peu de chances de succès, puisque le cancer en occupe presque toujours la tête, c'est-à-dire une région traversée par des conduits très importants et en contiguité intime avec l'intestin. A. GIRAUDEAU.

I. — De la colite chronique, par J. MERCIER (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — Demonstration mehrerer Praeparate von Colitis membranacea, par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 592, 16 *juillet* 1888).

III. — Des paralysies dans la dysenterie et la diarrhée chronique des pays chauds, par J. PUGIBET (*Revue de médecine, février, mars, avril* 1888).

IV. — Ein Fall von Dysenterie des Dünndarmes (Dysenterie de l'intestin grêle), par VAMOSSY (*Wien. med. Presse*, *n°* 27, *p.* 990, 1888).

I. — Mercier a surtout en vue les colites chroniques consécutives à la constipation et à la dysenterie. Il distingue la forme sèche, caractérisée par l'apparition de tumeur concrète, avec l'aspect de bouchons, de tubes, de lamelles et la forme catarrhale humide, caractérisée par une sécrétion muqueuse d'abondance variable. Il insiste sur le retentissement nerveux que détermine l'affection et qui conduit la plupart des malades à l'hypochondrie : mais il est très bref sur le diagnostic, qui présente cependant de réelles difficultés.

L'affection est très rebelle et résiste à la plupart des agents modificateurs et substituteurs. L'hygiène et le traitement balnéaire sont les moyens les plus efficaces. H. R.

II. — Tandis qu'il y a quelques années, la colite membraneuse était excessivement rare à Berlin, dans le cours de six mois, Litten vient d'en observer à sa policlinique une quarantaine de cas.

Cette affection est caractérisée par les symptômes suivants : accès de coliques survenant à intervalles très variables et suivis de l'émission par l'anus de matières fort diverses de quantité et d'aspect extérieur. Tantôt il s'agit de pelotons de mucosités, tantôt de masses réticulées ou arborescentes, tantôt de concrétions filiformes ou canaliculées, tantôt de débris membraneux ou de longs rubans correspondant aux brides du colon. Le plus souvent on rencontre des masses vitreuses rappelant soit les moules ramifiés expectorés dans la bronchite pseudo-membraneuse, soit des fibres tendineuses ou végétales ayant résisté à la digestion. Presque toujours ces masses, dont la consistance est en général muqueuse et parfois fibrineuse, sont rendues sans mélange de matières fécales colorées ; elles ne renferment d'autres éléments morphologiques que de l'épithélium intestinal. Les coliques siègent habituellement dans le côté gauche de l'abdomen. Leur intensité varie beaucoup ; comparables parfois par leur violence à la colique hépatique, chez d'autres malades les douleurs sont peu considérables.

L'affection est infiniment plus commune dans le sexe féminin (80 0/0), si elle ne lui est pas exclusive. Elle atteint de préférence les femmes nerveuses et en particulier celles qui ont quelque maladie des organes génitaux (catarrhe utérin ou vaginal) Toutes les malades ont une constipation opiniâtre qui paraît être à Litten la cause première de la colite membraneuse, affection éminemment chronique, durant au moins six mois et se prolongeant souvent bien davantage.

Le traitement consiste en laxatifs légers, régime approprié. Les lavements donnent une efficacité passagère. J. B.

III. — Le travail de Pugibet a été fait à l'aide d'observations recueillies à l'hôpital du Dey, à Alger, sur des malades qui avaient contracté au

Tonkin la dysenterie ou la diarrhée chronique des pays chauds, et qui avaient été envoyés en convalescence en Algérie.

Les paralysies qui se montrent dans ces deux maladies ont ordinairement un début brusque; c'est le plus souvent au réveil que les malades se trouvent dans l'impossibilité de se soulever dans leur lit, de mouvoir leurs bras ou de se tenir sur leurs jambes. La période d'état de ces paralysies n'est pas bien longue ; car dès le second jour ou dès le troisième, elles commencent déjà à s'amender. Elles se sont toutes terminées par la guérison ; aucune n'a duré plus de vingt-trois jours au maximum.

Elles sont ordinairement incomplètes, elles ont une prédilection pour les extenseurs, mais ne les frappent pas exclusivement. Les fléchisseurs, les muscles rotateurs peuvent eux aussi être atteints de paralysie. Les muscles du cou peuvent du reste être intéressés aussi bien que ceux des membres ; les muscles de la face et de la tête ont toujours au contraire été épargnés. Elles sont souvent symétriques. Les réflexes sont normaux, ainsi que la sensibilité des muscles, se contractant sous l'influence de l'électricité, et s'il y a une différence avec l'état normal, c'est une diminution de la contractilité musculaire. Chez un malade, Pugibet constata de la glycosurie passagère.

Quant au diagnostic du siège de la lésion, il est douteux, aucune autopsie n'ayant été faite. Pugibet conclut, d'après la clinique et la physiologie pathologique, que les paralysies dysentériques semblent ne pouvoir être rangées parmi les paralysies périphériques musculaires, névritiques, réflexes ou cérébrales, mais bien plutôt au nombre des paralysies myélitiques. GIRAUDEAU.

IV. — Homme de 24 ans, apporté à l'hôpital, le 10 novembre 1887, dans un état qui fait faire le diagnostic de méningite : perte de connaissance, raideur du cou, abolition de la sensibilité, P. 123, R. 26. Le 12 novembre, vomissements et diarrhée. Les jours suivants le malade revient à lui, répond aux questions qu'on lui pose; P. 120, R. 16 à 24. Strabisme divergent. Le 16, la diarrhée cesse; pouls filiforme, collapsus; mort le 17.

Autopsie. — La méningite n'existe pas. On ne constate que de l'œdème des méninges. Le cœur est mou, le myocarde blanchâtre. L'endocarde présente, dans le ventricule gauche, un aspect trouble ; il est épaissi et, au niveau des valvules, chargé de végétations. On trouve de plus une ulcération. Il y a donc endocardite infectieuse, végétante et ulcéreuse. Le seul infractus qu'on puisse découvrir est dans la capsule surrénale droite.

La paroi de l'intestin grêle est épaissie, jaunâtre, et présente des eschares dont la chute a donné naissance, sur plusieurs points, à des ulcérations qui intéressent la tunique musculeuse. Ces lésions sont analogues à celles de la dysenterie. L. GALLIARD.

Unusual metastasis in mumps (Métastase inusitée dans les oreillons), par HALDEMAN (*Journ. of amer. med. Ass.*, *p.* 543, 14 *mai* 1887).

Voici le sommaire des quatre observations rapportées :

1° Homme de 28 ans atteint d'oreillons. Mort au onzième jour d'embolie pulmonaire. Les embolies ténues venaient des parotides malades ; chargées de matière septique, elles se sont arrêtées dans l'artère pulmonaire, et ont déterminé une pneumonie circonscrite, qui a entraîné la mort.

2° Homme, 28 ans. — Au treizième jour d'une attaque d'oreillons, mort par endocardite infectieuse dont l'origine était la glande envahie.

3° Homme 21 ans. Après avoir présenté des signes de septicémie, de para-

lysie du côté droit, d'ictère, d'abcès, il mourut treize jours après le début d'oreillons, étouffé par des flots de pus qui emplirent la bouche, la gorge et les poumons, à la suite d'un effort pour tousser.

4° Femme 20 ans. Enceinte de 7 mois ; cinq jours après avoir été atteinte d'oreillons, elle avorte d'un enfant mort depuis plusieurs jours. — Bientôt elle délire et le douzième jour meurt. MAUBRAC.

Observation de farcin chronique chez l'homme, par BUCQUOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 *décembre* 1887).

C..., entre à l'hôpital le 23 septembre porteur de deux gros abcès à la cuisse droite et à la jambe gauche ; abcès fluctuants, indolores sans modification de couleur à la peau et de formation récente.

Cet homme avait eu deux abcès semblables qui avaient été incisés et guéris, l'un à l'aisselle gauche, en mai; l'autre à la cuisse gauche, en juillet ; depuis quinze jours seulement il se sentait malade, fébricitant, amaigri. Le 10 octobre on découvre deux nouveaux abcès, l'un au sommet de la tête, l'autre le long du cubital gauche. Le 24 on note un peu d'écoulement nasal et une sputation fréquente. Le 28, le malade meurt en proie à une vive dyspnée.

L'autopsie fait découvrir plusieurs abcès sur le tronc et aux membres, à pus gris, clair, fluide homogène, sans réaction inflammatoire de voisinage ; sur les fosses nasales il existe quelques petites saillies, sur l'épiglotte une ulcération, à la surface des poumons on sent une induration due à des nodules pleuraux. La langue est creusée d'une ulcération qui recouvre les replis aryténo-épiglottiques et envahit le haut des gouttières pharyngo-laryngées, à fond gris noirâtre. Cinq abcès dans la rate. Entre la dure mère et le pariétal gauche, un abcès à pus jaune et deux plaques osseuses ayant l'aspect de la carie. Un abcès dans l'épaisseur du lobe frontal.

Une enquête faite dans l'écurie où travaillait ce charretier apprit que quatre chevaux sur sept avaient été ou étaient atteints de morve. Des inoculations et des ensemencements pratiqués par Nocard donnèrent des résultats confirmatifs. Une ânesse inoculée avec du pus d'un abcès mourut en 8 jours avec les lésions de la morve aiguë ; des ensemencements sur pommes de terre donnèrent naissance à des colonies caractéristiques du bacille morveux. H. L.

Beitrag zur Lehre der Mischinfection (Infections combinées), par S. STERN et HIRSCHLER (*Wien. med. Presse*, *n°* 28, *p.* 1025, 1888).

Ehrlich a attiré le premier l'attention sur la simultanéité d'action de plusieurs éléments infectieux, de plusieurs microbes dans l'organisme ; il a vu dans une pleurésie puerpérale un streptococcus coïncider avec les bactéries de la putréfaction. D'après lui, l'infection initiale est relativement bénigne, la secondaire est grave.

Voici quatre cas d'infections mélangées :

1° Il s'agit d'une fièvre typhoïde compliquée, à une période avancée, par l'invasion de cocci pyogènes.

Un garçon de 19 ans, atteint de fièvre typhoïde depuis deux semaines, est apporté à l'hôpital : rate grosse, albuminurie, diarrhée, T. 41°. Au bout de cinq jours, la température s'abaisse. Deux jours plus tard, signes de pneumonie de la base droite ; le lendemain double parotidite, mort rapide.

Autopsie. — Lésions caractéristiques de l'intestin et des ganglions mésentériques. Le pus des parotides contient de nombreux spécimens du staphylococcus pyogenes aureus et du streptococcus pyogenes, mais il est impossible d'y découvrir le bacille de la fièvre typhoïde. L'infection secondaire a dû se faire par la cavité buccale et non par les voies circulatoires.

2° Tuberculose et pneumonie fibrineuse.

Un homme de 55 ans, phtisique, contracte une pneumonie aiguë : on trouve dans les crachats les bacilles de Koch en grand nombre et simultanément les pneumococci de Friedländer. A l'autopsie, caverne au sommet droit; infiltration tuberculeuse du sommet gauche. A droite, dans le lobe moyen, pneumonie fibrineuse au stade d'hépatisation grise : or ce lobe était déjà le siège d'une pneumonie interstitielle chronique.

3° Pneumonie et abcès du poumon.

Chez un pneumonique atteint secondairement d'abcès pulmonaire, on a trouvé dans les crachats le pneumococcus de Friedländer, et dans le sang le staphylococcus pyogenes aureus. Du reste, ces deux microbes, cultivés simultanément dans l'agar-agar, se sont développés sans s'influencer l'un l'autre.

4° Infection puerpérale compliquée.

Une accouchée de 23 ans est atteinte de fièvre le 9e jour ; du 20e au 35e jour apyrexie, puis la malade frissonne ; on constate une pleurésie gauche. Plus tard l'examen bactériologique du sang révèle la présence de deux cocci : le streptococcus pyogenes et le staphylococcus ceres albus. Au bout de trois semaines se produit une vomique ; l'épanchement purulent s'élimine par les bronches. Après une période de fièvre la malade guérit.

Il faut remarquer ici l'importance de l'examen bactériologique du sang, qui a permis d'affirmer l'existence d'une affection septique et de préciser la nature des deux agents infectieux. L. GALLIARD.

De l'intoxication hydatique, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôp.*, 9 *mars* 1888).

Debove admet que l'urticaire qui se développe après la ponction des kystes hydatiques du poumon ou du foie et qui peut s'accompagner de phénomènes graves, dyspnée, collapsus, etc., est d'origine toxique et due à la résorption du liquide hydatique ; des injections sous-cutanées de liquide de kyste hydatique peuvent, chez des individus sains, développer des poussées d'urticaire localisée ou généralisée. C'est par une intoxication aiguë que l'on doit expliquer les cas de mort survenue en 24 heures après la ponction du foie. Dans les cas d'urticaire précédant la ponction, on peut admettre un certain degré d'échange entre le liquide du kyste et les tissus voisins, une sorte de résorption du liquide hydatique. H. L.

Conclusions of the myxœdema committee, par ORD (*Brit. med. journ.*, *p.* 1162, *juin* 1888).

Voici les conclusions de la commission anglaise chargée d'étudier le myxœdème :

Il s'agit d'une véritable maladie, plus commune chez la femme, et dont le substratum anatomique paraît être une lésion du corps thyroïde, ordinairement une sclérose ; parfois même cette sclérose se généralise à la peau et aux viscères. Les ablations du corps thyroïde, chez les singes, déterminent des symptômes fort analogues à ceux du myxœdème, et en pareil cas on trouve de la mucine dans les différents tissus et dans la salive, circonstance qui a été signalée chez les myxœdémateux. Lorsque ces symptômes ne se produisent pas après l'opération, c'est qu'il existe simultanément des glandes thyroïdes accessoires. Chez l'homme, le myxœdème a été produit à la suite d'ablation du corps thyroïde. L'état crétinoïde qui survient alors ressemble singulièrement au véritable crétinisme,

lequel se montre presque toujours associé à des lésions dégénératrices du corps thyroïde. H. R.

Recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvres intermittentes. 1. Glycosurie. 2. Polyurie consécutive aux accès palustres francs, par MOSSÉ (*Revue de médecine, décembre* 1888).

A la suite des accès de fièvre intermittente, la glycosurie peut se montrer, mais elle constitue un accident rare et ordinairement transitoire. La glycosurie qui se montre dans ces circonstances paraît tenir surtout aux conditions inhérentes à l'individu et résultant d'un état de l'organisme passager ou permanent (diathèse arthritique, lactation, état de la nutrition, etc.).

L'intoxication tellurique n'a dans sa production qu'un rôle secondaire, puisque chez les paludéens cachectiques et dans les cas de fièvre intermittente pernicieuse, la glycosurie ne paraît pas être plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave ou moins invétéré.

Après les accès de fièvre intermittente, il est fréquent, mais non constant de voir survenir une polyurie aiguë. La quantité d'urine émise varie alors de 2 litres et demi à 3 litres et demi ou 4 litres dans les 24 heures. Cette polyurie aiguë ne s'accompagne pas d'ordinaire d'une azoturie proportionnelle, mais les chlorures qui y sont contenus à l'état normal sont notablement augmentés. Par son allure et par ses caractères, cette polyurie se rapproche plutôt des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës, dont elles marquent souvent le début, qu'elle ne constitue à proprement parler un syndrome critique. GIRAUDEAU.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Nouvelles applications de la chirurgie aux affections de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. Leçons de clinique chirurgicale, par O. TERRILLON (*In*-8°, 519 *p. Paris*, 1889).

Ces leçons sont groupées de façon à former un enseignement clair et complet de toute la gynécologie opératoire ; l'auteur s'est attaché non seulement à décrire les procédés opératoires, mais à donner tous les détails qui concernent l'ensemble de chaque opération.

La première leçon est consacrée à un parallèle entre les affections des organes génitaux internes de l'homme et de la femme; après avoir rappelé le développement de ces organes, l'auteur montre les rapports qu'on peut établir entre les différentes affections qui les atteignent, inflammations de cause locale ou de cause générale, tumeurs, névralgies, atrophies.

Dans les leçons suivantes, Terrillon étudie la périnéorraphie, le traitement de la métrite parenchymateuse par les scarifications, le curage de l'utérus dans la métrite hémorragique, le traitement du cancer par le

currage et le grattage. Une intéressante leçon est consacrée à l'étude du traitement du prolapsus utérin qui varie suivant le degré de la lésion; dans le prolapsus complet, la simple colporraphie ou le cloisonnement par le procédé de Le Fort sont insuffisants; il faut faire la colpopérinéorraphie, restaurer et renforcer le périnée pour soutenir l'utérus d'une façon plus efficace. Il est exceptionnel, et cela dans des cas très graves seulement et chez des femmes âgées, d'avoir à recourir à l'hystérectomie vaginale.

Contre la déchirure du col et l'ectropion de la muqueuse cervicale, Terrillon recommande de ne pas intervenir trop tôt après l'accouchement, de ne faire l'opération d'Emmet que pour les déchirures assez importantes et seulement pour celles qui siègent sur les parties latérales, les autres guérissant seules en général.

Dans le traitement de la rétroflexion par l'opération d'Alexander, il est suffisant de raccourcir le ligament rond de 4 centimètres 1/2; Terrillon le fixe par deux points de suture au catgut en traversant avec le ligament les deux piliers de l'anneau. Il ne résèque pas la portion mobilisée, mais la pelotonne au devant de l'orifice inguinal. Enfin il conseille de soutenir l'utérus en bonne position après l'opération par l'application d'un pessaire ou d'un tampon de gaze iodoformée.

La seconde série des leçons commence par une étude sur les propriétés du péritoine au point de vue chirurgical : 1° *Irritabilité* qui s'explique par la présence des corpuscules nerveux situés sous l'épithélium et décrits par Auerbach et Jullien. A cette irritabilité sont dus les accidents de choc constatés cliniquement après les laparotomies et étudiés expérimentalement par Ch. Richet et Reynier. 2° *Grande puissance d'absorption* utile pour débarasser la cavité péritonéale des liquides qui jouent le rôle de corps étrangers, mais provoquant des phénomènes graves d'empoisonnement si ces liquides sont septiques; d'où la nécessité de faire une soigneuse toilette du péritoine, le drainage au besoin, et, dans certains cas, la réouverture du ventre pour parer à des accidents de septicémie (Kœberlé, Netter). La forte compression de l'abdomen après la laparotomie favorise la résorption des liquide épanchés. 3° *Facilité toute spéciale à s'enflammer*. L'inflammation pouvant être d'après son origine et son intensité adhésive, exsudative, purulente ou septique. 4° Rapidité avec laquelle les lésions des organes, enveloppés par la péritoine, retentissent sur cette membrane.

Terrillon expose ensuite les procédés antiseptiques qu'il emploie habituellement et insiste sur les avantages qu'il a retirés de l'usage de l'eau bouillante pour la désinfection des instruments et des objets de pansement.

Dans les ovariotomies, il pratique la ligature du pédicule au fil de soie, fait rarement le drainage et ne laisse les tubes que 34 ou 36 heures; le lavage du péritoine lui a donné les meilleurs résultats et est couramment employé à la Salpêtrière.

D'importants chapitres sont consacrés aux soins consécutifs à la laparotomie, aux accidents qui compliquent l'ovariotomie, à la torsion du pédicule, aux faux kystes de l'ovaire, à l'ascite dans les tumeurs abdominales, aux salpingo-ovarites, aux kystes para-ovariens, questions qui ont déjà fait l'objet de travaux séparés.

L'étude des abcès du bassin et des fibromyomes utérins termine la deuxième série des leçons : on doit opérer les fibromes très volumineux, en voie d'accroissement, amenant des troubles de compression et des hémorragies, ceux chez lesquels on soupçonne une transformation kystique ou une mortification progressive qui peut devenir dangereuse, enfin les gros fibromes mobiles et douloureux pour lesquels l'opération est bénigne quand ils sont pédiculés. Pour les fibromes sous-péritonéaux pédiculés, l'hémostase sera facilement assurée par une ligature avec de la soie ou mieux avec le tube de caoutchouc. Quand la section doit porter sur l'utérus, il faut avoir soin de pratiquer uue désinfection rigoureuse si la cavité utérine a été ouverte. Si le pédicule est court, il faut à tout prix employer la méthode intra-péritonéale ; s'il est court et mince, on peut essayer la méthode de Schrœder. Terrillon donne toujours la préférence à la ligature élastique avec pédicule perdu.

Les dix dernières leçons consacrées aux opérations récentes de chirurgie abdominale, traitement des kystes hydatiques du foie, cholécystotomie, gastrostomie, splénectomie, tumeurs du mésentère, néphrectomie, traitement chirurgical de la péritonite, cure radicale des hernies, donnent des détails précis sur la pratique de ces opérations et sur les indications opératoires. C. WALTHER.

I. — Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis (Diagostic de la salpingite chronique à son début), par SCHAUTA (*Arch. f. Gyn.*, *XXXIII*, 1).

II. — Erfahrrungen ueber Pyosalpinx und deren operative Entfernung (Recherches sur le pyosalpinx et son traitement par l'ablation), par A. GUSSEROW (*Ibidem*, *XXXIII*, 2).

III. — Ueber die Indikationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben (Des indications opératoires dans les maladies des trompes), par W. A. FREUND (*Samml. klin. Vort.*, *n°* 323).

I. — Tandis que la terminaison de la salpingite chronique par hydro ou pyosalpinx est un fait d'observation fréquente, il n'en n'est pas de même du mode de début de cette affection. Dans certains cas, déjà décrits par Chiari, ce début est caractérisé par l'existence de nodosités nettement circonscrites, du volume d'un pois ou d'une noisette, siégeant à l'extrémité utérine ou isthme de la trompe. Il ne s'agit là, ni de produits tuberculeux, ni de myomes, mais bien d'une hypertrophie de la couche musculaire consécutive à l'inflammation de la muqueuse tubaire : toute la trompe est envahie par le catarrhe, mais les lésions ont leur maximum d'intensité au niveau de l'isthme.

Le siège de ces nodosités s'explique par ce fait que la salpingite est due à l'extension d'un catarrhe utérin, dont l'origine est le plus souvent gonorrhéique.

Symptômes d'endométrite, stérilité, douleurs, telles sont les principales manifestations de cette forme de salpingite. Le palper et le toucher combinés, pratiqués au besoin sous le chloroforme, permettent de constater la présence des nodosités à l'extrémité utérine de la trompe. Cette constatation faite sur l'une des trompes est parfois très utile pour confirmer le diagnostic resté douteux d'un hydrosalpinx siégeant du côté opposé.

Le traitement de la salpingite de l'isthme de la trompe sera uniquement symptomatique dans les cas légers : mais il deviendra chirurgical lorsque l'acuité des douleurs rendra tout travail impossible et la vie insupportable. L'opération consistera alors dans l'ablation totale de la trompe malade. Sur 18 cas observés par Schauta, il a dû intervenir cinq fois et enlever les deux trompes. Les suites de l'opération ont été des plus heureuses, et les malades ont été radicalement guéries de leurs douleurs.

II. — Dans ces trois dernières années, Gusserow a pratiqué 31 fois la laparotomie pour des cas de salpingite ; 10 fois, il a dû enlever les deux trompes. Une seule femme a succombé à une péritonite septique (mortalité : 3,2 p. 100).

En analysant ces observations, on voit que chez toutes les opérées, il existait antérieurement de la périmétrite plus ou moins ancienne avec oblitération de l'orifice abdominal de la trompe. Cette périmétrite ne reconnaît pas toujours une origine gonorrhéique ; elle peut être aussi consécutive à un avortement ou à un accouchement, et ce n'est que très rarement qu'on a pu constater la présence de gonocoques dans le pus de la tumeur. Presque toujours l'ovaire est adhérent à la trompe malade, et atteint d'ovarite chronique : aussi, dans toutes ses opérations, l'auteur a-t-il enlevé l'ovaire en même temps que la trompe.

Les symptômes sont en général ceux de la périmétrite chronique. Les douleurs sont surtout violentes au moment des règles, d'ordinaire très abondantes. Le diagnostic de la nature de la tumeur elle-même est souvent difficile.

L'ablation d'un pyosalpinx peut entraîner deux inconvénients sérieux. D'une part, l'éventration est, quoi qu'on fasse, très fréquente après l'ouverture de l'abdomen. Aussi Gusserow a-t-il pour principe de ne faire à la paroi que la plus petite ouverture possible. D'autre part, les poussées de périmétrite sont de règle après l'opération, et alors les douleurs abdominales persistent. L'opération n'en a pas moins un immense avantage, celui d'éviter à la femme la rupture de la tumeur, qui pourrait entraîner une péritonite mortelle.

III. — Les affections des trompes peuvent être divisées en deux grands groupes : celles qui ont leur siège sur des trompes mal conformées (arrêt de développement, atrésie, sténose...) et celles qui occupent une trompe normalement développée.

En dehors des symptômes communs à toutes les salpingites, à l'hydro, à l'hémato et au pyosalpinx, les cas du premier groupe se distingueront facilement par l'existence des troubles de l'appareil génital datant de la puberté : apparition tardive des règles, dysménorrhée, aménorrhée, catarrhe utérin, chlorose plus ou moins accentuée, etc...

Cette distinction est importante, car le pronostic est peu grave lorsque la trompe est normale, à moins qu'il ne s'agisse d'une affection de nature grave (septicémie, tuberculose). Il est au contraire toujours très sérieux si la trompe présente des lésions congénitales, alors même que la maladie dont elle est atteinte est bénigne.

Dans le premier cas, le traitement sera purement symptomatique, et la guérison est la règle ; ce n'est que dans les cas exceptionnellement graves qu'on pourra avoir recours à la ponction vaginale, à l'ouverture

de l'hydrosalpinx par la laparotomie à la création d'une ouverture au voisinage du bout abdominal, s'il est atrésié, comme l'ont fait Schrœder et Winckel. Mais, lorsque la trompe est frappée d'un arrêt de développement, le seul traitement rationnel est l'ablation de l'organe malade.

CH. MAYGRIER.

The value of hysterorrhaphy in the treatment of retroversion of the womb (Valeur de l'hystérorraphie dans le traitement de la rétroversion), par C. Carroll LEE (*Amer. journ. of obst., décembre* 1888).

Dans six cas de rétroflexion où il a pratiqué l'hystérorraphie, Carroll Lee a eu quatre succès, un insuccès et un résultat douteux. Il justifie cette opération et en pose les indications de la façon suivante.

Aujourd'hui que la laparotomie est devenue inoffensive, l'hystérorraphie est parfaitement praticable ; elle offre certainement moins de dangers que l'ablation des annexes de l'utérus. Il y a des cas où l'utérus rétrofléchi et adhérent cause des douleurs telles que la santé des malades s'altère ; dans ces conditions les pessaires ne peuvent rien, et l'ablation des annexes serait absurde ; il y a indication à l'hystérorraphie.

L'opération d'Alquié-Alexander n'a aucune raison d'être quand l'utérus est fixé par des adhérences, car la traction sur les ligaments ronds ne pourrait redresser la matrice. Par contre, l'hystérorraphie n'est pas indiquée quand il n'y a pas d'adhérences.

L'auteur estime que les sutures ne doivent pas être passées à travers le fond de l'utérus qui est très vasculaire, mais à travers les bords, au voisinage des ligaments larges, de façon à entourer les ligaments ronds. Ces sutures seront faites avec des fils de soie et non avec du catgut ou des fils d'argent. Une antisepsie minutieuse est de rigueur.

Jusqu'à présent, on n'a signalé aucun cas de mort consécutivement à l'hystérorraphie.

CH. MAYGRIER.

Zwei Fälle von totalem Prolapsus Uteri geheilt durch die Anwendung der vaginalen Uterusligatur (Deux cas de prolapsus complet de l'utérus guéris par la suture utéro-vaginale), par SCHÜCKING (*Centr. für Gyn., n° 35, 1er septembre* 1888).

Schücking rapporte les deux cas suivants de prolapsus utérin qu'il a opérés avec succès par la méthode déjà employée par lui pour la cure de la rétroflexion. (Voy. *R. S. M., XXXII*, p. 543.)

1° Femme de 54 ans, atteinte de chute complète de l'utérus depuis 14 ans. Dix accouchements antérieurs ; c'est après le premier qu'est apparu le prolapsus. L'utérus fait hors de la vulve une saillie de 12 centimètres ; sa cavité mesure 13 centimètres ; il existe en même temps de la cystocèle et de la rectocèle vaginales. L'utérus est réduit facilement ; après désinfection du vagin et de l'utérus, l'auteur suture la face antérieure de l'utérus au cul-de-sac vaginal antérieur, suivant son procédé. L'opération dure à peine une demi-minute. La malade resta trois jours au lit. Aucune complication ne survint. Le fil de soie fut retiré au bout de dix-neuf jours. L'utérus est en antéflexion et à sa hauteur normale, ainsi qu'on le constate encore un mois plus tard.

2° Femme de 44 ans, souffrant d'un prolapsus utérin complet depuis dix-huit ans. Six accouchements : c'est après le premier qu'est survenu l'abaissement de l'organe. L'utérus fait une saillie de 9 centimètres ; cystocèle et rectocèle. La même opération est pratiquée et présente la même

simplicité. Le fil est enlevé au bout de dix-huit jours. L'utérus est à sa hauteur normale, fixe et antéfléchi.

Schücking estime que son procédé de fixation de l'utérus au vagin pour la cure du prolapsus utérin est supérieur à tous les autres à cause de sa simplicité, de son innocuité et de son succès certain. En effet, ces deux femmes ont été opérées sans anesthésie, sans perte de sang, et elles ont été radicalement guéries d'une infirmité invétérée et très douloureuse. CH. MAYGRIER.

Sur l'opération d'Alexander-Adams, par ROUX (*Revue méd. Suisse romande, VIII*, 645, *novembre* 1888).

Roux a pratiqué huit fois l'opération d'Alexander, pour des rétroversions simples ou complexes de l'utérus. Il a toujours facilement trouvé le ligament rond, mais il a soin de faire des incisions cutanées de 7 centimètres. Il a eu sept réunions primitives. Chez la huitième opérée, il y a eu abcès de chaque côté avec mortification d'une partie du ligament et résultat thérapeutique nul. Chez toutes les autres malades, la déviation utérine a été complètement corrigée, mais il reste à savoir si la guérison se maintiendra.

Roux a eu l'occasion rare de constater à l'autopsie le résultat anatomique six mois après une opération fructueuse, exécutée pour une rétroflexion avec rétroversion rebelle aux pessaires. L'utérus était en position normale ; le corps était légèrement antéfléchi sur le col et appuyé contre la paroi postérieure de la vessie, laissant en arrière un espace un peu plus grand qu'entre lui et la symphise. Le corps utérin se laissait repousser en arrière juste assez pour toucher le promontoire et revenait spontanément dans sa position qu'il gardait après évacuation complète de l'urine. Les ligaments ronds mesuraient, du corps à l'entrée dans le canal, à droite 4 1/2, à gauche 6 centimètres. Leur entrée dans le canal inguinal ne présentait pas trace d'infundibulum. A cet endroit, le péritoine se laissait déplacer sur les couches sous-jacentes, comme ailleurs. Le ligament lui-même n'existait plus à l'état de cordon nacré ; il était remplacé de chaque côté par un faisceau, plus épais qu'une plume d'oie, faisant corps avec les tissus voisins et tout particulièrement adhérent en dehors du canal et à l'épine du pubis (où Roux a toujours soin de fixer l'extrémité du ligament).

Les déviations en arrière et les prolapsus simples d'un utérus mobile resteront l'indication principale de l'opération d'Alexander, qui pourra être encore utile, en cas d'antéversion utérine extrême et de prolapsus des ovaires. J. B.

Varicocele in the female, par DUDLEY (*N. York med. journ., p.* 147, 11 *août* 1888).

Les varices du ligament large ne sont pas rares ; elles résultent du ralentissement de la circulation veineuse, de l'arrêt de l'involution utérine, quelle qu'en soit la cause, de la constipation habituelle. Si l'on ne pratique pas avec grand soin l'examen par le rectum, on peut confondre le varicocèle de la femme avec la cellulite du ligament large ou la salpingite. Les lésions qu'il produit dans l'ovaire sont comparables à celles du testicule : atrophie du stroma de la glande, dégénérescence kystique, etc. ; a stérilité en résulte.

Le traitement médical est en général insuffisant. Il faut recourir, dans

certains cas, au traitement chirurgical, à la castration, à l'extirpation des trompes et des plexus veineux.

L'auteur est intervenu quatre fois avec succès ; dans trois cas il avait fait, avant la laparotomie, le diagnostic du varicocèle. L. GALLIARD.

I. — Urétrocèles vaginales, par PIEDPREMIER (*Thèse de Paris*, 1887).

II. — De l'urétrocèle vaginale, par DE BRINON (*Thèse de Paris, février* 1888).

I et II. — Quoique décrite depuis peu d'années seulement, l'urétrocèle vaginale est une affection assez fréquente dont le diagnostic, ignoré autrefois, est cependant facile. Sa pathogénie est multiple : l'accouchement, les kystes du vagin, les traumatismes, les calculs arrêtés dans l'urètre, la blennorrhée concourent isolément ou simultanément à sa production.

Le symptôme constant est la présence d'une poche muqueuse, située sur le trajet de l'urètre, pouvant se remplir d'urine et se vider à la pression et même par la petite sonde que l'on arrive parfois à y introduire.

Ses complications possibles sont le développement de calculs dans la poche, la cystite et la production d'une fistule urétro-vaginale. Néanmoins, son pronostic est généralement bénin.

Deux modes de traitement sont opposés à cette affection : 1° la section au galvano-cautère ; 2° l'incision pure et simple au bistouri avec ou sans excision de la poche et suture des deux lèvres de la plaie. Quel que soit le mode opératoire adopté, on obtient une anesthésie suffisante par l'application locale d'une solution de cocaïne à 1/10. La guérison survient en moyenne vers le quinzième jour après l'intervention. R. JAMIN.

I. — Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio (De l'état de la muqueuse du corps de l'utérus dans le cancer du col), par ABEL (*Arch. f. Gyn.*, *XXXII*, 2).

II. — Ueber die Veränderungen des Endometrium (Modifications de la muqueuse du corps dans le cancer du col utérin), par E. FRÆNKEL (*Ibidem*, *XXXIII*, 1).

I. — Abel a fait un examen microscopique détaillé de sept utérus enlevés par Landau pour des cas de cancer du col. (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 2, p. 547.) Chaque fois, bien que la tumeur fut limitée à la portion vaginale, respectant la partie supérieure du canal cervical et son orifice interne, il a trouvé des lésions de la muqueuse du corps de l'utérus. Dans trois cas, il y avait une dégénérescence sarcomateuse très avancée de la muqueuse ; dans deux autres cas, cette dégénérescence était moins accentuée, et il y avait seulement formation de cellules fusiformes ; dans les deux derniers cas enfin, il existait de simples lésions inflammatoires, intéressant les glandes et le tissu interglandulaire, sans néoformation cellulaire. La séparation très nette des deux zones carcinomateuse et sarcomateuse par un espace de tissu absolument sain exclut l'idée d'une tumeur mixte, et Abel conclut de ses examens que dans les cas où le col est atteint de carcinome la muqueuse du corps est de son côté envahie par une dégénérescence sarcomateuse. Ces lésions se développeraient simultanément sous l'influence d'un même agent, de

même que l'on voit le bacille tuberculeux produire des manifestations diverses du côté des poumons et de la peau.

Quoi qu'il en soit, la coexistence de lésions graves de la muqueuse du corps de l'utérus avec le carcinome du col à son début justifie le traitement du cancer de la portion vaginale par l'extirpation totale de l'organe.

II. — Dans le but de contrôler les conclusions d'Abel, Fraenkel a recherché l'état de la muqueuse du corps de l'utérus dans six cas de cancer du col. Son examen a porté sur six utérus, dont quatre provenant d'extirpation totale, et deux pris sur le cadavre. L'auteur a toujours trouvé la muqueuse utérine atteinte d'altérations analogues à celles qui ont été constatées par Abel ; mais il interprète ces lésions différemment. Pour lui, il s'agit d'un état inflammatoire de la muqueuse, qui affecte tantôt la forme d'une endométrite glandulaire, avec hyperplasie et hypertrophie, tantôt celle d'une endométrite interstitielle avec tendance à la formation de vaisseaux nouveaux. Il n'est pas en mesure de dire si ces lésions de la muqueuse sont antérieures ou consécutives à l'apparition du cancer.

Bien qu'il élimine ainsi toute idée d'une affection maligne du corps de l'utérus, Fraenkel se rallie cependant à la pratique de Landau, et dans les cas de cancer du col, il croit qu'on doit préférer l'extirpation totale à l'amputation supra-vaginale. CH. MAYGRIER.

De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, par Paul VALAT (*Thèse de Paris*, 1888).

Tout cancer primitif du corps de l'utérus est un épithélioma. Il se présente sous deux aspects, tantôt sous la forme de végétations grisâtres, irrégulières, friables; tantôt d'une tumeur pédiculée de volume variable. A une période avancée il peut s'étendre jusque dans la cavité cervicale, mais se propage peu aux organes voisins. Une fois on a noté la généralisation. C'est un épithélioma à cellules cylindriques et il a son point de départ dans l'épithélium glandulaire. Trois symptômes en marquent le début obscur, les hémorragies répétées, les écoulements fétides, la douleur. L'utérus est augmenté dans ses dimensions et à l'hystéromètre mesure de 8 à 14 centimètres. Par la dilatation artificielle, le toucher permet de faire le diagnostic.

La durée de cette forme de cancer utérin est plus longue que celle du col. L'hystérectomie faite au début peut enrayer la marche: néanmoins on ne connaît pas de guérison définitive.

L'hystérectomie sera indiquée chaque fois que le diagnostic aura été posé, et celui-ci le sera par l'examen microscopique des fongosités intra-utérines. Si l'hystérectomie est contre-indiquée on aura recours aux moyens palliatifs. Le curettage, dans les cas désespérés, rend de précieux services. F. VERCHÈRE.

Ueber Carcinoma Tubæ, par ORTHMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 693, 20 *août* 1888).

Orthmann n'a pu réunir dans la littérature que 13 cas de cancer des trompes de Fallope : 9 fois il s'agissait d'un cancer ayant atteint primitivement l'utérus et 4 fois d'un cancer primitif des ovaires.

D'autre part, dans l'espace d'un an, Orthmann a eu l'occasion d'observer à la policlinique privée de Martin, 3 cas de cancer tubaire. Dans l'un, observé chez une femme de 46 ans, il s'agissait d'un cancer primitif des trompes, tandis que dans les 2 autres il existait une affection semblable et évidemment plus ancienne de l'ovaire.

Dans la discussion, C. Ruge relève la rareté des faits semblables.

Jamais il n'a vu de cancer primitif des trompes et seulement quelques cas de cancer tubaire consécutif à des cancers utérins.

Winter a vu un cancer tubaire consécutif à un cancer de l'ovaire.

Olshausen a vu plusieurs fois les trompes envahies par des cancers ovariens. La rareté relative de ces métastases peut s'expliquer par la direction du courant de la lymphe. J. B.

Du cancer primitif de la région clitoridienne, par DAURIAC (*Thèse de Paris, juin* 1888).

A propos d'un cas de cancer primitif de la région clitoridienne, Dauriac a réuni un certain nombre d'exemples de cette affection rare, qu'on rencontre surtout dans la vieillesse.

Appartenant le plus souvent à la variété épithéliale, plus rarement encéphaloïde, mélanique, squirrheux ou sarcomateux, ce cancer débute lentement et insidieusement et ne se révèle parfois tout d'abord que par des démangeaisons et un léger suintement séro-sanguinolent. Aussi, lorque ces légers symptômes se trouvent réunis chez une femme âgée, doit-on penser à la possibilité de l'épithélioma clitoridien et pratiquer un examen attentif de la région vulvaire. Mais le diagnostic de l'épithélioma clitoridien est loin d'être toujours facile, et on a quelquefois confondu cette affection avec la simple hypertrophie du clitoris, l'éléphantiasis de cet organe, les chancres indurés ou mous, les ulcérations syphilitiques tertiaires ou tuberculeuses de la région clitoridienne, l'esthiomène de la vulve, etc...

Quand les lésions sont suffisamment limitées, une très large et très hâtive ablation permet quelquefois d'espérer qu'il n'y aura pas récidive.

R. JAMIN.

I. — Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale, par L. SÉCHEYRON (*In*-8°, *Paris*, 1889).

II. — Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus, par F. TERRIER (*Revue de chirurgie*, *n°* 5, *p.* 341, *et n°* 6, *p.* 459, 1888).

III. — De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus, par VERNEUIL (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, *XIV*, *p.* 717 *et suiv.*).

IV. — Hystérectomie vaginale pour un cancer utérin compliqué d'un corps fibreux sous-péritonéal, par BOURGES (*Gaz. méd. de Paris*, 7 *juillet* 1888).

I. — Le livre de S. est divisé en deux parties. La première comprend l'étude de l'hystérotomie, la seconde celle de l'hystérectomie.

Sous le nom d'hystérotomie, l'auteur désigne toute incision de l'uté-

rus par le vagin, qu'elle porte sur le col ou sur le corps de l'utérus. Elle constitue un excellent moyen de diagnostic et peut devenir en même temps un moyen de traitement radical. Elle est applicable aux sténoses, aux conformations vicieuses du col, congénitales ou acquises, permet de reconnaître certains petits fibromes, donne accès sur la muqueuse utérine, découvre certains épithéliomas et même la guérison de l'endométrite.

Elle est l'opération de choix pour l'extirpation radicale des tumeurs fibreuses et des kystes utérins. Elle sera indiquée dans toute tumeur fibreuse accompagnée d'hémorragies dangereuses, d'accidents septiques ou de troubles fonctionnels graves.

Les contre-indications sont tirées du trop grand volume, au delà d'une tête de fœtus en moyenne, de la multiplicité des fibromes.

L'énucléation proprement dite, procédé d'Emmet, l'énucléation consécutive à l'incision du tissu utérin, procédé de Vulliet, rejetées par l'auteur, doivent être remplacées par l'extirpation du myome par morcellement, longuement décrite dans ce traité.

Ce procédé est applicable à tous les cas de myomes du col, du corps de l'utérus, à des polypes énormes, vaginaux ou utéro-vaginaux.

L'inversion utérine systématique peut être employée comme procédé. Pendant le cours de la grossesse on devra respecter les fibromes, à moins qu'ils siègent au col, qu'ils n'occasionnent des hémorragies graves, qu'ils ne soient cause de dystocie.

Les kystes utérins seront opérés s'ils donnent lieu à des accidents. L'hystérotomie, section du col et du corps, ouvre la voie jusqu'au kyste. Celui-ci vidé, on excisera si possible les parois, et on établira jusqu'à guérison le drainage avec deux gros drains en canon de fusil.

L'hystérectomie vaginale appliquée aux affections malignes doit être pratiquée au début de l'affection et être totale. Les contre-indications sont l'envahissement de la paroi du vagin, des troubles urémiques, une cachexie avancée, des localisations viscérales. — Appliquée aux fibromes, elle doit remplacer la castration ovarienne et l'hystérectomie abdominale, sauf dans les cas de fibromes d'un grand volume, où l'on fera la castration si l'ovaire est facile à trouver et à enlever complètement, où l'on fera l'hystérectomie abdominale, s'il y a des phénomènes aigus de compression, des accidents septicémiques.

Par l'hystérectomie vaginale on peut dans certains cas laisser intact l'utérus et sauvegarder la vie sexuelle de la femme. Il faut intervenir tôt, avant que le volume considérable du fibrome ne permette plus que la très grave intervention abdominale.

Rarement on devra appliquer l'hystérectomie aux métrites, si cela a été fait, ç'a été le plus souvent par erreur. Contre les phlegmasies péri-utérines, elle doit être considérée comme l'ultime ressource, la dernière chance de succès. — Dans les cas d'absolue nécessité on pourra l'appliquer, préférablement à la castration ovarienne, contre l'ovarite et les névralgies utéro-ovariennes.—Repoussée pour la flexion, la version, elle devra être faite partielle dans les cas de prolapsus avec élongation et rejetée dans les autres cas. — Dans l'inversion, elle devra être faite soit par le procédé de Périer, soit par l'excision précédée du pincement des parties sous-jacentes à l'inversion. — Elle devra être rejetée dans les cas de

grossesse et ne devra être pratiquée qu'exceptionnellement après les couches, dans les cas de cancer. Enfin, dans le cas de malformation utérine, la voie vaginale étant rétrécie ou fermée (atrésie ou absence de vagin), c'est la castration ovarienne qui paraît la mieux indiquée dans les cas de malformations graves complexes des voies génitales. F. VERCHÈRE.

II. — Sur 18 opérations, il y eut 4 morts et 14 succès opératoires, soit 22 0/0 de mortalité. Dans les 4 insuccès, la mort doit être attribuée : 1 fois à une hémorragie postopératoire (après ligature des ligaments larges); 3 fois au choc opératoire et à l'hémorragie pendant l'opération.

Des 14 cas qui restent, 3 doivent être éliminés, car l'opération avait été fatalement incomplète en ce sens qu'il avait été impossible d'enlever tous les tissus malades.

Il reste donc 11 hystérectomies suivies de guérison primitive complète. Sur ces onze guérisons opératoires, la récidive a eu lieu 7 fois, à : 16 mois, 6 mois, 4 mois, 3 mois, 3 mois 1/2 (2 cas), enfin 1 mois 1/2. La récidive est donc rapide quand elle a lieu.

Dans les 4 faits de guérison définitive, une fois la lésion paraît n'être pas de l'épithélioma, mais une métrite avec hypertrophie glandulaire; les trois autres cas étaient nettement de l'épithélioma; la survie dans ces 3 cas est de : 1 an, 1 an et 9 mois, 2 ans et 9 mois.

« On peut donc dans quelques cas (30 0/0), obtenir une véritable guérison du mal, la nature maligne de celui-ci ayant été constatée cliniquement et par l'examen anatomo-pathologique. » C. WALTHER.

III. — Verneuil a fait 22 fois l'amputation partielle pour des cancers du col de l'utérus; il trouve :

9 récidives locales, dont 7 précoces et 1 tardive, la malade vivant encore 39 mois après l'opération. Sur ces 9 cas, il fut possible de reconnaître 6 fois que l'ablation n'avait pas été complète. 7 fois la récidive a été seulement locale; 1 fois locale et à distance; 4 fois à distance exclusivement.

Quant aux faits de guérison, ils ont fourni : 5 cas où les malades ont été perdues de vue en très bon état, 3 ans en moyenne après l'opération. 3 cas dans lesquels les malades actuellement bien portantes et toujours observées ont été opérées depuis 5 ans, 17 mois et 3 mois.

Sur ces 22 opérations pour cancer, les accidents ont été :

1 mort par péritonite (ouverture du cul-de-sac postérieur).

3 métro-péritonites plus ou moins sérieuses.

Verneuil conclut que l'hystérectomie partielle ou amputation du col faite avec l'écraseur linéaire et par le procédé des hémisections, est une opération recommandable par sa simplicité, sa bénignité devenue à peu près absolue avec l'antisepsie.

L'efficacité dépend de la nature de l'affection.

En cas d'hyperplasie histologiquement bénigne : hypertrophie simple, indurations inflammatoires chroniques, le succès opératoire entraîne le succès thérapeutique.

En cas de néoplasie plus ou moins maligne (épithéliome, carcinome et variétés), la cure radicale est encore possible à la condition que le mal soit limité et l'extirpation complète.

En cas de néoplasie maligne et d'extirpation incomplète, l'opération

n'est plus que palliative. Elle est encore utile en atténuant les accidents et en prolongeant la vie.

Dans la discussion, signalons les résultats suivants :

Bouilly est partisan de l'hystérectomie totale. L'opération doit devenir de moins en moins grave, par le perfectionnement progressif de la technique opératoire; pour ses résultats personnels, Bouilly rapporte :

en 1886 :	10 cas, 3 morts	soit	30 0/0	5	récidives.
en 1887 :	8 cas, 2 morts	—	25 0/0	3	—
en 1887 :	12 cas, 2 morts	—	16,6 0/0	5	—

Richelot sur 15 observations compte deux récidives immédiates, 7 guéries, 6 récidives.

Pozzi a fait 6 hystérectomies vaginales pour cancers; 3 récidives, 2 guérisons, 1 mort.

Kirmisson n'a fait que 3 fois l'hystérectomie vaginale, 2 morts, 1 récidive au bout d'un an.

Trélat. 5 hystérectomies, 1 mort d'accidents urémiques 5 jours après l'opération, soit 20 0/0 de mortalité opératoire. Pour les résultats des 4 autres opérations : 1 guérison datant aujourd'hui de 3 ans et 4 mois, 1 récidive au bout de 14 mois, 2 malades perdues de vue, l'une au bout de 6 à 7 mois, l'autre au bout de 4 mois.

Polaillon. 6 hystérectomies vaginales, 2 morts et 4 récidives, 26 amputations du col avec 9 guérisons.

IV. — Femme de 50 ans. Début de la maladie en 1885 par des hémorragies, puis leucorrhée continuelle et douleurs; on constate les signes physiques d'un épithélioma limité au col. On pratique l'hystérectomie vaginale, mais après avoir détaché l'utérus de ses insertions vaginales et lié les ligaments larges, on ne parvient à faire basculer l'utérus que très difficilement, à cause de l'insertion sur son fond d'un corps fibreux sous-péritonéal, de la grosseur d'une mandarine. Aucune suite fâcheuse. OZENNE.

Ueber die Enucleation submucöser oder intraparietaler Myome (De l'énucléation hors de l'abdomen des myomes sous-muqueux ou interstitiels), par Ernst FRÆNKEL (*Arch. f. Gyn*, *XXXIII*, 3).

Ce travail a surtout pour but d'étudier l'opération de Martin (énucléation des fibromes après laparotomie et ouverture de l'utérus et d'en poser nettement les indications).

Frænkel rapporte d'abord deux observations qui peuvent se résumer ainsi : 1° fibro-myome de l'utérus de la grosseur du poing, en partie interstitiel, en partie sous-muqueux, et présentant une portion engagée dans le vagin et sphacélée. Opération suivant le procédé de Martin : laparotomie et ablation de la tumeur. Guérison après persistance pendant 3 mois d'une fistule utéro-abdominale. 2° myome de la paroi postérieure et du fond de l'utérus en partie engagé dans le vagin. Expulsion spontanée de fragments de la tumeur et septicémie avant l'opération. Opération de Martin. Mort par septicémie aiguë 2 jours après l'opération.

Voici maintenant les conclusions de l'auteur : l'énucléation par le vagin des myomes du corps de l'utérus non gravide n'est indiquée que si l'on est sûr de pouvoir la mener à bien. Le pronostic est favorable quand la tumeur est facilement accessible, peu volumineuse, sans adhérences à la séreuse, et quand les contractions utérines l'ont déjà suffi-

samment engagée pour que son extraction ne présente aucune difficulté sérieuse.

Les myomes de la cavité du corps de l'utérus, gros, isolés, sans modifications du col, sont justiciables de l'énucléation après laparotomie et section de l'utérus. Si on rencontre des fibromes multiples, on fera l'amputation sus-vaginale.

Les myomes en partie intra-utérins, en partie engagés dans le col, seront énucléés par la voie abdominale. Si, au cours de l'opération, on découvre d'autres tumeurs, on en fera l'ablation et on établira un pédicule extra-péritonéal; s'il n'en existe pas d'autres, l'utérus sera suturé et rentré dans l'abdomen.

L'énucléation par le vagin des fibromes gangrénés du corps reconnait les indications déjà énoncées plus haut. Le morcellement de ces tumeurs est contre-indiqué à cause du sphacèle consécutif certain des parties restantes.

Les myomes sous-muqueux gangrénés qui n'ont pas encore quitté l'utérus sont justiciables, si leur énucléation par le vagin est impossible, de l'amputation supravaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

Les gros fibromes engagés en partie dans le vagin et gangrénés, impossibles à extraire par la voie génitale, seront enlevés par la laparotomie ; on s'efforcera d'avoir un pédicule utérin suffisant et on le traitera par la méthode extra-péritonéale. CH. MAYGRIER.

Abscess of the vesico-vaginal septum, par **GRANDIN** (*N. York med. journ.*, *p.* 291, 15 *septembre* 1888).

Une femme se présente avec un soulèvement de la paroi antérieure du vagin que l'auteur considère comme un kyste et dont il conseille l'excision. La malade refuse l'opération ; pendant deux ans, elle a parfois des récidives, la poche s'ouvre et se ferme spontanément.

Elle finit par revenir et présente une tumeur qui remplit le vagin et qui repose sur la paroi antérieure. L'incision montre qu'il ne s'agit pas d'un kyste, mais d'un abcès qui, débutant près de l'urètre, a fusé jusqu'à l'insertion sur le col de l'utérus. Ablation de la membrane pyogène avec la curette tranchante, tampon iodoformé. Guérison rapide. L. GALLIARD.

A case of uterine hydatids, par **J. P. MARSH** (*N. York med. journ.*, *p.* 93, 28 *juillet* 1888).

Femme de 24 ans, récemment mariée, croit avoir fait une fausse couche de 2 mois. Mais à la suite de la perte de sang son ventre augmente, elle vomit incessamment ; une seconde hémorragie survient. Le 19 mars 1888, l'auteur constate une tumeur qui pourrait faire croire à une grossesse de six mois ; cependant il n'y a ni mouvement du fœtus, ni bruits du cœur.

Le 20, hémorragie grave, malade exsangue. L'orifice cervical est contracté. L'auteur le dilate et perçoit quelque chose d'analogue au placenta, introduit la main et extrait une quantité énorme (3 pintes) d'hydatides de dimensions diverses. Immédiatement l'hémorragie cesse ; l'utérus dont les parois sont très minces, se contracte. Toilette antiseptique de l'organe.

Les jours suivants, injections de sublimé. Le 25, convalescence ; au bout de trois semaines la malade est guérie. L. GALLIARD.

Sur un danger du lavage du péritoine pendant les ovariotomies et les opérations analogues sur la cavité abdominale, par POLAILLON (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 *août* 1888).

L'auteur signale un danger du lavage du péritoine après les ovariotomies, les hystérectomies abdominales et les opérations analogues. Il a observé plusieurs fois que la respiration se ralentit au moment où l'on introduit de l'eau chaude dans la cavité abdominale pour y établir un courant, qui doit entraîner les substances étrangères.

Dans deux cas la respiration a pu être rétablie, mais après de grands dangers courus par les malades; dans un troisième cas, la malade est morte une heure après l'opération. Polaillon attribue ces syncopes à l'action de l'eau chaude sur le diaphragme et sur le plexus solaire; il se produit un arrêt de la respiration par action réflexe, d'autant plus rapidement que la température de l'eau dépasse davantage celle du corps. Peut-être faut-il aussi tenir compte d'une influence nocive du chloroforme venant se combiner avec celle du lavage, lorsque l'anesthésie a été pénible et irrégulière? L'auteur en conclut que, pour atténuer ce danger de syncope, il faut : placer l'opérée dans une position déclive, de manière à ce que le lavage soit limité au bassin et à la partie inférieure de l'abdomen, sans que l'eau puisse refluer jusqu'au diaphragme; employer de l'eau dont la température ne soit jamais supérieure à celle du corps, et surveiller d'une façon toute spéciale l'anesthésie chloroformique, au moment du lavage. OZENNE.

Ueber die an einer Person wiederholte Laparotomie, par MARTIN et discussion (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 693, 20 *août* 1888).

En ne tenant pas compte des cas dans lesquels des phénomènes septicémiques lui ont fait rouvrir la cavité abdominale, après une laparotomie, Martin a pratiqué cette dernière opération, plusieurs fois, sur 22 personnes. Il résulte de son expérience sur ce point que, dans une opération ultérieure, les adhérences sont toujours plus développées, sans d'ailleurs que le pronostic des secondes laparotomies, soit moins favorable.

Martin conseille de pratiquer l'incision à côté et non au niveau de la cicatrice opératoire.

Dans la discussion, Olshausen déclare avoir été obligé 24 fois de réitérer la laparotomie; les indications de la nouvelle opération étaient très diverses, les plus communes étaient la maladie du second ovaire, encore sain lors de la première opération, ou bien les restes d'une tumeur ovarique non enlevée complètement. Il a remarqué aussi la fréquence des adhérences. Quant à l'incision, il l'a généralement pratiquée au niveau de la cicatrice opératoire.

Sur la même femme, Jaquet a fait deux fois la laparotomie avec succès; la première fois pour un myxome des ovaires et du péritoine; la seconde, pour une affection péritonéale.

Veit a réitéré la laparotomie chez 4 femmes sans être frappé du développement des adhérences; aussi se demande-t-il si la production d'adhérences ne serait pas influencée par le mode de traitement.

Gusserow a fait 14 fois des laparotomies répétées, le plus souvent il

s'agissait d'une affection des trompes ou des ovaires qu'on avait laissés lors de la première opération. Il a remarqué aussi la fréquence des adhérences, surtout à la paroi abdominale. Il est si convaincu du bon pronostic de la deuxième laparotomie qu'il n'enlève jamais dans la première les tissus qui peuvent être encore sains. Martin croit si bien à la fréquence des adhérences, qu'il considère ce fait comme un avertissement d'être extrêmement prudent quand on pose les indications d'une nouvelle laparotomie. Chez une femme qui avait subi une extirpation partielle des ovaires, il a vu survenir une grossesse (*R. S. M.*, XXIII, 583, et XXIV, 218). J. B.

Zur Frage von den puerperalen Erkrankungen; eine bakterioskopische Studie (Étude bactériologique des affections puerpérales), par E. CZERNIEWSKI (*Arch. f. Gyn.*, *XXXIII*, 1).

Ce travail est l'exposé de recherches entreprises dans le but d'élucider la bactériologie des maladies puerpérales. Les matériaux en ont été recueillis à la Maternité de Saint-Pétersbourg, et l'examen de l'auteur a porté sur 81 femmes accouchées, légèrement ou gravement atteintes, et sur 10 femmes mortes d'infection. Les micro-organismes ont été recherchés dans le sang et les lochies, et, sur le cadavre, dans les divers liquides viscéraux; des cultures ont été pratiquées dans l'agar, la gélatine, le bouillon.

Ces expériences ont donné les résultats suivants. Il n'existe que très rarement et par exception des micro-organismes dans les lochies prises dans l'utérus de femmes bien portantes; les lochies de ces femmes ne possèdent donc aucune propriété pyogénique ou phlogogène. (Döderlein; voy. *R. S. M.*, XXXII, p. 554.)

Les lochies recueillies dans l'utérus des accouchées malades contiennent dans la majorité des cas des streptocoques, ainsi que le démontrent les expériences de contrôle de l'inoculation de ces lochies. Dans les cas de mort par septicémie puerpérale, on détermine le développement des streptocoques par la culture des lochies ou des divers liquides viscéraux. Ces streptocoques sont les mêmes dans les cas d'infection légère ou mortelle. La présence de ces streptocoques peut provoquer la formation d'abcès aussi bien que de manifestations cutanées érysipélateuses. Dans l'organisme malade, les streptocoques déterminent des dégénérescences organiques et l'hyperémie des séreuses avec production d'un exsudat plus ou moins abondant. CH. MAYGRIER.

Zur Bacteriologie der Lochien (Bactériologie des lochies), par von OTT (*Arch. f. Gyn.*, *XXXII*, 3).

Les recherches bactériologiques de Ott sur les lochies, bien que publiées en 1885 en Russie, étant restées inconnues à l'étranger, l'auteur les résume dans ce nouveau travail. Elles ont été faites à la Maternité de Saint-Pétersbourg, et ont porté sur dix accouchées, dont neuf ont eu des suites de couches absolument normales. Les lochies ont été recueillies à l'aide d'une technique spéciale dans la cavité utérine, et dans le vagin à différentes hauteurs.

Les résultats les plus importants obtenus par Ott ont été les suivants :

chez les femmes en couches bien portantes, il n'existe aucun microorganisme dans les lochies recueillies non seulement dans l'utérus, mais encore dans le tiers supérieur du vagin.

Les lochies normales sont absolument inoffensives pour les femmes en couches.

Quand des organismes inférieurs existent dans les lochies et déterminent des accidents puerpéraux, ils proviennent toujours du dehors et ont pénétré par voie d'infection dans les organes génitaux.

Comment le vagin, qui en temps ordinaire est peuplé de microbes, se trouve-t-il, au moins à sa partie supérieure, indemne de tout organisme inférieur pendant les suites de couches normales ? V. Ott l'explique par ce fait que pendant l'accouchement le fœtus, dilatant tout le canal génital sur son passage, efface les replis et les inégalités des parois du vagin, qui se trouve ainsi complètement nettoyé et qui est lavé en outre par le flot de liquide amniotique qui s'écoule après la sortie de l'enfant.

CH. MAYGRIER.

Ueber das Verhältniss zwischen den puerperalen Geisteskrankheiten und der puerperalen Infection (Relation entre les psychoses puerpérales et l'infection puerpérale), par HANSEN (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XV*, 1).

Hansen a rassemblé et analysé soigneusement 49 cas de psychoses survenues peu après l'accouchement, et il a constaté que dans 42 observations les troubles de l'intelligence étaient sous la dépendance d'une infection puerpérale.

Dans 40 cas, ces troubles ont consisté en idées confuses et en hallucinations ; dans les deux autres, ils ont été caractérisés par une manie de très courte durée.

Dans les 7 cas où il n'y eut pas infection puerpérale, les symptômes psychiques ont présenté des caractères tout à fait analogues chez cinq femmes : de ces cinq femmes quatre étaient éclamptiques, une autre phtisique. Chez les deux autres, il y eut de la manie et de la mélancolie.

Il résulte de là que le plus souvent les psychoses observées chez les femmes en couches dépendent d'une infection puerpérale, et que l'on devra surtout penser à cette origine lorsque les troubles intellectuels revêtiront le caractère d'hallucinations. Plus rarement, la cause de ces psychoses est l'éclampsie ou l'épilepsie, l'alcoolisme, etc.

La connaissance de ces faits a une grande importance pratique, surtout au point de vue de la prophylaxie à exercer vis-à-vis des autres femmes pendant l'accouchement et les suites de couches. CH. MAYGRIER.

Zur Verhütung des Kindbettfiebers (Prophylaxie de la fièvre puerpérale), par LEOPOLD (*Deutsche med. Woch., n°* 20, *p.* 389, 1888).

Sur 1,388 accouchements à la clinique de Dresde en 1887, l'auteur n'a compté qu'un seul cas de mort par infection puerpérale contractée dans les salles, ce qui donne une proportion de 0,07 0/0; pendant les deux précédentes années, le taux avait été de 0,14 0/0 et, en 1884, de 0,8 0/0.

Les 13 autres décès ont eu pour causes : une péritonite septique contractée avant l'entrée à l'hôpital, une méningite consécutive à l'otite, un

ulcère perforant de l'estomac, une rupture de l'utérus, une néphrite, quatre fois le placenta prœvia, deux fois l'éclampsie, deux fois l'épuisement.

Cette mortalité est très faible si l'on tient compte du nombre des interventions qui est de 189 : 33 versions, 27 forceps, 24 accouchements prématurés, 5 opérations césariennes, etc.

La morbidité a été également faible : 1,322 femmes (soit 95,2 0/0) ont eu des couches normales et ont pu partir le 12e jour.

Ces résultats sont dus à la pratique de l'antisepsie et à la parfaite discipline du personnel. L. GALLIARD.

Ueber Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei peritonealen Narbensträngen und Eiterherden (De la marche de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches dans les cas de brides cicatricielles et de collections purulentes du péritoine), par KRUKENBERG (*Arch. f. Gyn.*, *XXXIII*, 1).

Passant en revue les rares documents épars dans la littérature obstétricale sur ce sujet intéressant, Krukenberg établit trois groupes de faits :

1° Dans une première catégorie, il réunit les observations de rétrécissement et d'occlusion de l'intestin consécutifs au développement de l'utérus gravide, lorsqu'il existe des adhérences anciennes entre l'utérus et l'intestin. La mort survient d'ordinaire après un accouchement prématuré, soit par occlusion intestinale, soit par péritonite avec ou sans perforation de l'intestin adhérent ;

2° Dans un second ordre de faits, l'auteur recherche les modifications apportées aux contractions utérines par l'existence d'adhérences unissant l'utérus aux divers viscères abdominaux. Il signale la fréquence de l'inertie utérine ; elle se traduit par la lenteur de la dilatation pendant le travail, par des hémorragies graves après l'accouchement ;

3° Le troisième groupe comprend les faits de péritonite consécutive à la rupture d'anciens foyers inflammatoires enkystés dans le péritoine. Krukenberg rapporte l'observation suivante qui lui est personnelle :

Femme de 20 ans, primipare, ayant eu une inflammation abdominale cinq ans auparavant. Grossesse normale et accouchement à terme, délivrance naturelle. Dès les premiers jours, douleurs dans le côté droit du bas-ventre, vive sensibilité à la pression au niveau du cœcum. Le troisième jour, frisson et température de 38°,8. On fait des injections intra-utérines. Le sixième jour, la fièvre est un peu tombée ; on sent à droite de l'hypogastre une tumeur en forme de boudin, très douloureuse, qui donne la sensation d'un amas de matières fécales avec empâtement inflammatoire périphérique. Le septième jour, la température s'élève à 39°,5 ; les vomissements se montrent pour la première fois, et après tous les signes d'une péritonite généralisée, la malade succombe dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité péritonéale un vaste épanchement d'un liquide grisâtre et sanieux. L'utérus fait saillie au-dessus du bassin, et ses annexes du côté droit, trompe et ovaire, sont adhérents au cœcum ; on trouve à ce niveau, entre l'intestin et les annexes et close par des fausses membranes, une cavité enkystée et pleine d'un liquide analogue à celui qui remplit l'abdomen. Ce sac, trace évidente d'une ancienne périty phlite, est déchiré au niveau de la trompe droite et communique largement avec la cavité péritonéale. CH. MAYGRIER.

Considérations sur l'utérus puerpéral, par AUVARD (*Arch. de tocol., juin-juillet-août* 1888).

Après un long résumé des discussions récentes sur l'origine du segment inférieur de l'utérus, l'auteur expose et défend sa manière de voir. Il pense que le segment inférieur de l'utérus puerpéral n'est autre que l'isthme de l'utérus. Sa limite supérieure constituerait l'anneau de Bandl, ses limites inférieures, l'orifice interne du col. Suit une discussion expliquant, par cette théorie, les phénomènes de l'accouchement normal, de la dystocie, de la reconstitution pendant les couches du col de l'utérus par le segment inférieur de l'utérus, considéré comme n'étant qu'une transformation de l'isthme. PORAK.

Tumeur placentaire, par AUVARD (*Arch. de tocologie, février* 1888).

Femme G..., éclamptique, accouche un mois avant son terme. Enfant mort. On trouve à 2 centimètres du bord placentaire une tumeur du volume d'une noix, tenant au placenta par un pédicule de 4 centimètres. L'examen microscopique fit reconnaître qu'il s'agissait d'un fibrome angiomateux.

PORAK.

Sur un placenta double en cas de grossesse simple, par GUÉNIOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 23 *octobre* 1888).

L'auteur a recueilli un délivre, sur lequel on constate l'existence de deux disques placentaires sensiblement égaux en volume et pourvus chacun d'un appareil vasculaire propre, qui émane directement du cordon. Ce délivre présente ces particularités : les cotylédons placentaires forment deux corps aplatis et symétriques, du volume d'un placenta de 7 à 8 mois pour chacun d'eux et ayant la forme d'un cercle allongé. Ils sont, au point de vue vasculaire, entièrement indépendants l'un de l'autre.

Le cordon ombilical, bifurqué au niveau des membranes, a une longueur d'environ 60 centimètres. Quant aux membranes, elles portent leur ouverture fœtale à l'opposé des attaches du cordon. Il existe en outre un cotylédon supplémentaire ou lobule accessoire, annexé à l'un des disques placentaires.

OZENNE.

Zur Kentniss des Trichterbeckens (Du bassin en entonnoir), par C. FLEISCHMANN (*Zeitschr. f. Heilk., vol. IX, n° 4, p.* 347, 1888).

Cette malformation n'est pas très rare, elle a été rencontrée 24 fois en 3 ans à la clinique de Prague (sur 2,800 accouchements). Le diagnostic se fait surtout par le toucher, qui fait constater la convergence des parois latérales du bassin, le rapprochement des épines sciatiques et des tubérosités des ischions ainsi que l'étroitesse de l'arcade crurale. La tête de l'enfant, pendant l'accouchement, reste souvent fixée au-dessus des épines sciatiques et l'emploi du forceps devient nécessaire. Il en résulte facilement de graves blessures du vagin, surtout au niveau des épines sciatiques ou des branches montantes des ischions. Lorsque le forceps normalement appliqué éprouve une trop grande résistance, il faut tenter de l'appliquer suivant un diamètre plus favorable et au besoin se résoudre à amoindrir la tête du fœtus. LEFLAIVE.

Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albiminurie (Contribution à l'étude de l'albuminurie et de l'éclampsie), par LANTOS (*Arch. f. Gyn.. XXXII*, 3).

Les recherches cliniques entreprises par Lantos sur l'albuminurie puerpérale l'ont conduit aux résultats suivants. L'urine des femmes enceintes contient de l'albumine dans dix-huit cas sur cent. Chez les nouvelles accouchées, l'albuminurie existe dans la proportion de 40 pour 100 (70 pour 100 chez les primipares et 50 pour 100 chez les multipares). Ces chiffres s'abaissent considérablement chez les femmes qui ont avorté ou accouché prématurément.

Dans douze cas où l'albuminurie était extrêmement abondante, l'examen microscopique dénota trois fois du pus, cinq fois des cylindres et resta nul dans les quatre autres cas.

L'examen des reins de trente-neuf femmes mortes en couches sans manifestations éclamptiques ou rénales démontra dans seize cas l'existence de lésions plus ou moins prononcées de ces organes.

L'auteur admet que l'albuminurie est fréquente en dehors de toute lésion rénale pendant la grossesse et le travail, qu'elle est due à une excitation réflexe des nerfs vaso-moteurs des reins, qu'enfin elle n'a aucune signification pathologique et peut être rangée parmi les signes de probabilité de la grossesse.

Quant à l'éclampsie, en quinze années, sur 14,815 accouchements, elle a été observée 53 fois, donc 1 fois sur 278. — Sur 42 éclamptiques 33 étaient primipares (79 pour 100) et 9 multipares (21 pour 100). Sur 53, il en mourut 15 (28 pour 100).

Dans huit examens nécroscopiques on a constaté des lésions chroniques des reins sept fois et une néphrite aiguë une seule fois.

Pour Lantos, la cause de l'éclampsie puerpérale réside dans une innervation exagérée des nerfs splanchniques qui a pour point de départ l'utérus et retentit sur le centre vaso-moteur du bulbe.

L'albuminurie et l'éclampsie seraient donc toutes deux le résultat d'une excitation réflexe partie des nerfs de l'utérus ; seulement le trajet de l'arc réflexe n'est pas le même : il passe par les reins (albuminurie) ou par le bulbe (éclampsie). CH. MAYGRIER.

Accouchement prématuré artificiel provoqué par les tampons iodoformés, par E. CHENEVIÈRE (*Revue médic. Suisse romande, VIII*, 725, *décembre* 1888).

Dans 3 cas où Chenevière a pratiqué l'accouchement prématuré, il s'est servi de tampons iodoformés au lieu d'éponge préparée. Leur introduction est plus facile que celle de cette dernière et paraît absolument exempte de danger. En procédant avec précaution, on ne risque pas de perforer les membranes.

Dans le premier cas où il y avait une hydrorrhée, une seule application de vingt petits tampons a suffi et l'accouchement s'est produit au bout de 14 heures.

Ce qui s'est passé dans le 3e cas prouve qu'il est prudent de compter les tampons sortis, puisque le passage du fœtus et de l'arrière-faix ne suffit pas à assurer leur expulsion. J. B.

De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios, par LESAGE (*Ann. de gyn., octobre* 1888).

L'auteur relate deux observations de grossesse gémellaire à une époque peu avancée, s'accompagnant d'hydramnios considérable. Les malades étouffaient par le fait de la compression du diaphragme, et d'autres symptômes graves rendaient urgente une intervention qui diminuât le volume de la tumeur abdominale. Dans les deux cas, le diagnostic de la grossesse gémellaire fut méconnu. Le diagnostic de la grossesse lui-même était douteux, une fois. On pratiqua la ponction abdominale. L'intérêt de cette observation réside en ce fait, que l'opération a été innocente dans les deux cas. Ces succès engagent l'auteur d'y recourir en semblable occurence. L'accouchement prématuré survint, il est vrai, dans les deux cas, mais assez longtemps après la ponction abdominale pour qu'on soit autorisé d'en conclure qu'il n'est pas survenu sous son influence. PORAK.

Sur une altération spéciale des villosités choriales, contribution à la physiologie pathologique de l'avortement, par J. COLLUCCI (*Progresso medico, janvier et février* 1888).

Sur 4 placentas provenant de grossesse de 3 mois, 4 mois et demi et 6 mois, l'auteur a trouvé des lésions des villosités choriales, accompagnant un faible développement du placenta. Un grand nombre de villosités sont simples, minces et délicates comme à la surface des œufs de 40 à 50 jours; au contraire les villosités qui représentent les troncs sont raccourcies, gibbeuses et déformées; de leur surface on voit partir des villosités relativement rares, qui restent presque toutes simples et sont très rarement ramifiées ; on ne reconnaît plus l'aspect typique arborescent des formations villeuses ; les villosités les plus développées sont pauvres en tissu connectif embryonnaire et leur réseau capillaire est raréfié ou même fait presque complètement défaut, la couche cellulaire épithéliale est au contraire très riche quoique ses éléments soient de dimensions inférieures à la normale. Le plus grand nombre des villosités se termine par un gonflement ou un appendice, quelquefois plus volumineux que la villosité elle-même, à laquelle il est uni par sa couche externe de revêtement ; cette extrémité de la villosité est formée d'une grande quantité de substance granuleuse, renfermant des cellules à bords diffus et à protoplasma granuleux; ce sont des cellules épithéliales qui ne diffèrent pas de celles qui limitent le reste de la surface de la villosité. Ces 4 placentas provenaient de trois femmes ayant eu des enfants bien portants et présentant les troubles fonctionnels et nerveux d'une affection utérine et les signes physiques d'une endométrite chronique et généralisée à forme hypertrophique. La guérison de l'endométrite chez une de ces femmes a été suivie d'une grossesse parvenue à son terme.

L'auteur attribue à l'existence de l'endométrite ces altérations atrophiques des villosités choriales. GEORGES THIBIERGE.

I. — Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft (Traitement opératoire de la grossesse extra-utérine), par L. MEYER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XV*, 1).

II. — Noch ein Fall von Operation einer Extra-uterin-abdominal-schwangerschaft (Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus. Opération suivie de guérison), par ZAJAITSKY (*Centr. f. Gyn.*, 22 *décembre* 1888).

III. — Tuboabdominalschwangerschaft... (Grossesse tubo-abdominale. Rupture dans la cavité abdominale. Laparotomie. Guérison), par MEINERT (*Ibid.*, 29 *décembre* 1888).

IV. — Zwei Fälle von extrauteriner Schwangerschaft (Deux cas de grossesse extra-utérine), par H. TREUB (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XV*, 2).

V. — Case of extrauterine gestation, par A. E. MORISON (*Edinb. med. journ.*, *septembre* 1888).

I. — L. C., femme de 27 ans, nullipare, d'une bonne santé, se marie en mai 1887. Les règles cessent à la fin de juillet, et tous les signes fonctionnels d'une grossesse apparaissent. Mais à partir du 30 septembre, des douleurs vives se font sentir dans le bas-ventre; ces douleurs se renouvellent par crises nocturnes tous les quinze jours environ et elles augmentent chaque fois d'intensité.

Le 9 novembre a lieu une cinquième crise extrêmement violente ; la malade est pâle, sans pouls, presque sans connaissance, couverte d'une sueur froide et respire difficilement; la mort semble imminente. Ces phénomènes se calment pourtant un peu, et le 14 novembre un examen minutieux permet de constater l'existence d'une grossesse extra-utérine, avec rupture probable du sac. On trouve en effet deux tumeurs, l'une inclinée à droite, qui est manifestement l'utérus un peu gros, l'autre située à gauche de l'utérus, masquée par un empâtement assez considérable, douloureuse à la pression.

Après une attente de 3 semaines pendant laquelle l'état de la femme reste à peu près stationnaire, on constate que le fœtus doit continuer à vivre et à se développer, car tous les signes fonctionnels de la grossesse persistent et la tumeur augmente peu à peu.

Dans ces conditions, L. Meyer se décide à pratiquer la laparotomie qui offre plus de chances de salut pour la femme qu'une expectation plus longue.

L'opération est faite le 19 décembre. Un fœtus de 19 semaines, frais, est extrait de la cavité abdominale où il est entouré d'une grande masse de sang coagulé; puis on trouve le sac, formé par la trompe, entouré de fausses membranes et rompu en un point.

Ce sac contient le placenta et le cordon passe par la rupture; on l'extrait en totalité avec la trompe et l'ovaire gauches; on lie le pédicule à sa base, et, après une toilette minutieuse du péritoine, l'abdomen est refermé. Il s'agissait en réalité d'une grossesse abdominale secondaire, et le fœtus avait survécu à la rupture de la trompe, le placenta étant resté adhérent à son lieu d'insertion primitif. Suites de l'opération excellentes; guérison au bout de 3 semaines.

L'auteur justifie son intervention d'après les considérations suivantes : l'enfant continuant à vivre, il pouvait attendre la fin de la grossesse pour opérer. Mais il n'a pas cru devoir agir ainsi et a préféré la laparotomie immédiate, parce que les opérations faites chez les femmes atteintes de grossesse extra-utérine dans le but de sauver l'enfant donnent des résultats désastreux. En effet, sur 27 interventions de ce genre réunies par Harris, 3 femmes seulement ont guéri. Quant aux enfants, il est rare qu'ils survivent : ils sont le plus souvent faibles et mal développés; souvent enfin ils présentent des vices de conformation. CH. MAYGRIER.

II. — Femme de 25 ans, ayant accouché deux fois normalement. Dernières règles fin octobre 1887 ; puis signes de grossesse. Les mouvements de l'enfant sont perçus à 4 mois, puis cessent le 24 avril 1888. A partir de ce moment, le ventre diminue, devient de plus en plus douloureux; les seins s'affaissent.

L'examen direct démontre l'existence d'un utérus un peu augmenté de

volume, incliné en arrière et à gauche, et dont le col ramolli permet l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice interne.

En avant et à droite de l'utérus, on sent une tumeur fluctuante, lisse, douloureuse à la pression; on y constate assez nettement le ballottement. Diagnostic : grossesse extra-utérine abdominale datant de six mois; fœtus mort. L'opération est proposée à la malade qui s'y refuse.

Les douleurs augmentent de violence; des frissons surviennent, et la température monte à 39°,3; vomissements, tympanisme, perte de l'appétit et des forces; la femme réclame alors elle-même une intervention.

Opération le 8 juin. Après ouverture de la paroi abdominale, on trouve le péritoine épaissi et adhérent à la paroi antérieure du sac. La séreuse et la paroi du sac sont incisées, et il s'écoule un liquide brunâtre, purulent, d'odeur fétide; le fœtus est extrait par le siège; c'est une fille de six mois, macérée. Les parois du sac sont couvertes de fausses membranes et adhèrent aux organes voisins; le sac est manifestement formé par la portion abdominale de la trompe. Après ligature de la trompe entre le sac et l'utérus, on détache les adhérences et on enlève en totalité la tumeur avec le placenta. Drainage vaginal et abdominal. Suture de l'abdomen, et pansement de Lister.

Le soir de l'opération, température normale; pas de réaction les jours suivants. Les drains sont retirés le 7e jour; ils n'ont paru avoir aucune utilité. La malade quitte l'hôpital le 1er juillet, complètement guérie.

De ce fait, l'auteur conclut que le diagnostic d'une grossesse extra-utérine est facile; que la variété de grossesse ne peut être affirmée; que la suppuration du sac et l'inflammation du péritoine n'aggravent pas toujours le pronostic et ne contre-indiquent pas l'opération; que la meilleure méthode consiste à faire l'ablation du sac, ce qui est ordinairement possible; qu'enfin le drainage est superflu. CH. MAYGRIER.

III. — Femme de 27 ans, mariée depuis 4 ans, nullipare. Réglée pour la dernière fois le 27 juin 1888. Dès ce moment, elle ressent des malaises et des douleurs abdominales. Le 28 juillet, à la suite d'une longue course, elle est prise de vomissements et perd un peu de sang. Le 4 août, une douleur brusque et violente, avec sensation de déchirure, est ressentie dans le bas-ventre, du côté gauche; la malade est pâle, refroidie; elle expulse des lambeaux de caduque. On croit à un avortement. Le repos ayant amené un mieux sensible, la malade se lève; mais elle est reprise le 18 août, le 25 août, et enfin le 1er septembre des mêmes crises douloureuses avec phénomènes généraux de plus en plus graves. Le diagnostic d'hématocèle fut d'abord porté; mais Meinert appelé à voir la malade, après avoir constaté la présence d'une tumeur abdominale distincte de l'utérus, admit l'existence d'une grossesse tubaire avec rupture de la trompe et hémorragie péritonéale.

La laparotomie fut faite le 6 septembre. Un litre environ de sang en partie coagulé remplissait l'abdomen. Un fœtus frais de 9 cent. 1/2 de long fut extrait de la cavité de Douglas; il était entouré d'une couche de caillots. Le placenta occupait la trompe gauche rompue. Ligature et ablation de la trompe; lavage du péritoine. La malade guérit.

Il s'agissait dans ce cas d'une grossesse tubaire dont la rupture eut lieu à huit semaines. Le fœtus, passé dans la cavité abdominale, avait continué à s'y développer, et s'était enkysté dans une poche secondaire formée en grande partie de sang coagulé; une nouvelle rupture de cette poche amena une seconde hémorragie intra-péritonéale et donna lieu aux graves accidents qui nécessitèrent l'intervention. CH. MAYGRIER.

IV. — 1° Femme accouchée normalement 14 ans auparavant, et depuis bien portante et bien réglée. Dernière menstruation au commencement d'octobre. Consécutivement, douleurs abdominales revenant par crises, et deux

mois et demi après la cessation des règles, expulsion par le vagin de lambeaux membraneux mélangés de sang. On reconnaît des débris de caduque. Le ventre continue à se développer, et en même temps surviennent des poussées de péritonite. En avril, on constate l'existence d'une tumeur abdominale remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dans laquelle on entend les bruits du cœur fœtal et un souffle utérin intense.

La grossesse continue son cours sans trop d'incidents, et trois semaines environ avant le terme, Treub pratique la laparotomie. En incisant le sac, il tombe sur le placenta qui est divisé en deux, ce qui amène une hémorragie abondante.

L'enfant est extrait rapidement par les pieds; puis on comprime les deux moitiés du placenta et on résèque la partie du sac où il se trouve inséré. On enlève ainsi tout le délivre et une grande partie du sac, sauf dans les points où il est trop adhérent.

L'enfant pesait 2,065 grammes et mesurait 46 centimètres de long; il a survécu. La mère a guéri après une longue convalescence.

2° Femme N., 31 ans, ayant eu six enfants. Dernières règles au milieu d'avril 1887. Elle ressent le 12 juin, subitement, une violente douleur dans le ventre et présente tous les symptômes d'une hémorragie interne. Elle se remet; mais à la fin de juillet, mêmes phénomènes avec perte de connaissance. On songe alors à une grossesse ectopique, et on constate l'existence d'une tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Les accidents s'amendent, et la tumeur grossit progressivement. A la fin de septembre, on sent le ballottement; la femme perçoit les mouvements du fœtus. Le palper et le toucher combinés permettent de reconnaître nettement l'indépendance de l'utérus. L'auteur se propose, l'enfant étant vivant, de faire la laparotomie 3 semaines avant le terme. Mais la malade est prise de frissons et de fièvre; les mouvements de l'enfant cessent d'être perçus. Le ventre se tend et est douloureux. La langue se sèche, il survient de la diarrhée, et l'état général devient grave. La laparotomie n'est pratiquée que plusieurs semaines après le début de ces accidents, quand l'absence de tout souffle maternel dans la tumeur indique que la circulation placentaire a cessé. A l'ouverture du sac, il s'échappe des gaz fétides, le fœtus putréfié est extrait avec le placenta, et le sac est largement irrigué et désinfecté. La malade succombe peu après l'opération.

A propos de cette seconde observation, l'auteur se reproche d'avoir attendu trop longtemps pour intervenir. Désormais, il se propose, en cas de mort d'un fœtus extra-utérin, de n'attendre la cessation de la circulation placentaire que si la femme n'a aucun accident grave et ne court aucun danger. En cas contraire, après une semaine d'attente au plus, il ferait la laparotomie. CH. MAYGRIER.

V. — Femme de 30 ans, mère de cinq enfants. Cessation des règles, puis douleurs abdominales vives revenant par crises. Une hémorragie abondante survient et fait craindre un avortement. Mais les douleurs continuent, et la santé générale s'affaiblit.

L'examen du ventre montre que l'utérus est un peu gros; par le toucher, on trouve derrière la matrice une tumeur arrondie et élastique. L'introduction d'une sonde dans la cavité utérine confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparotomie. La tumeur présente quelques adhérences; elle est incisée, mais aussitôt une hémorragie terrible a lieu, due à la section du placenta inséré en avant. On arrête immédiatement le sang en introduisant une éponge dans le sac. On la laisse ainsi à demeure, et on suture le sac aux parois abdominales.

Le jour suivant, on retire l'éponge, mais le sang reparaît et on tamponne

le sac avec de la gaze. Au bout de quelques jours, comme la température s'est élevée progressivement et que la malade souffre, on agrandit l'ouverture du sac, et il s'en échappe un liquide séro-sanguinolent avec quelques flocons purulents ; il n'y a pas issue du fœtus. Quinze jours plus tard, en essayant d'extraire une portion du placenta, on provoque une hémorragie ; du chloroforme est administré, on explore la cavité entière du sac et on trouve alors un embryon de 2 mois environ qu'on retire. Depuis, le sac s'est graduellement refermé et la malade a guéri. CH. MAYGRIER.

Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit Uterusnaht (nach Sänger's Methode...) (Les résultats les plus récents de l'opération césarienne avec suture de l'utérus...), par F. CARUSO (*Arch. f. Gyn., XXXIII*, 2).

Le nombre actuel (à la date du 1er octobre 1888) des opérations césariennes pratiquées d'après la méthode de Sænger est de 135. Les cinquante premières observations ont été publiées en 1885 par Credé. Caruso résume dans une série de tableaux les quatre-vingt-cinq dernières, et rapporte in extenso deux faits inédits de Sænger et de Zweifel. La malade de Sænger était une rachitique de 36 ans, dont le bassin mesurait 6 cent. Opération faite à terme : mère et enfant sauvés. Dans le cas de Zweifel il s'agissait d'une femme de 21 ans, rachitique, arrivée au terme de sa grossesse, ayant un bassin de 6 cent.—Les suites de l'opération furent excellente pour la mère, mais l'enfant ne vécut que six semaines.

Sur les 135 femmes opérées, 99 ont guéri. — Mortalité 25,5 pour 100. 122 enfants ont été extraits vivants. C'est en Allemagne que l'opération a été faite le plus souvent et avec le plus de succès : sur 72 femmes, 63 ont guéri et 67 enfants ont vécu.

Dans la majorité des cas l'opération a été pratiquée pour des rétrécissements du bassin avec indication absolue ou relative (113 fois, 23 morts). Dans 7 cas, il s'agissait de myomes utérins (6 morts), et dans 4 cas, de cancer de l'utérus (2 morts).

L'auteur établit un parallèle entre l'opération césarienne d'une part et l'embryotomie et l'accouchement prématuré d'autre part.

Si la mortalité de la crâniotomie n'est que de 17 pour 100, un peu moindre par conséquent que celle de l'opération césarienne, en revanche cette dernière sauve tous les enfants ; aussi est-elle préférable quand l'enfant est vivant. D'ailleurs, la section césarienne ne sera pratiquée qu'aux quatre conditions suivantes : 1° La mère et ses proches seront avertis que les dangers de l'opération sont plus grands que ceux de la crâniotomie, et ils devront donner leur consentement ; 2° la femme sera dans un bon état de santé ; le travail devra être à son début, la poche des eaux intacte ; il n'y aura aucune infection ; 3° les battements du cœur fœtal seront parfaitement normaux ; 4° l'antisepsie la plus rigoureuse sera observée, et les aides devront être au courant des moindres détails de l'opération.

Quant à l'accouchement prématuré, il doit aussi céder le pas devant la section césarienne ; car il n'est pas absolument inoffensif pour la mère et la mortalité des enfants est de 39 pour 100 environ.

Enfin l'opération de Porro ne saurait être comparée à l'opération de Sænger ; elle doit être réservée pour certains cas particuliers. La gastro-élytrotomie ne peut davantage supplanter l'opération césarienne pour laquelle Caruso conserve toutes ses préférences. CH. MAYGRIER.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

De l'érythème polymorphe infectieux herpétiforme ou herpès généralisé fébrile, par AUDRY (*Annales de dermat., octobre* 1888).

Femme de 21 ans, couturière, entrée à l'Antiquaille pour une blennorragie ancienne, au mois de février 1888. Elle présente au mois de mai les prodromes d'une pyrexie infectieuse grave, et au bout de peu de jours on voit apparaître une éruption papuleuse fine, en grappes, débutant par la paume des mains pour se généraliser en vingt-quatre heures avec une forte poussée fébrile.

Il se produit en même temps une éruption d'herpès dans la gorge. L'éruption générale, d'abord papuleuse, devient ensuite papulo-vésiculeuse, sans jamais présenter la trace d'une bulle. Les éléments se dessèchent et desquamment en conservant une apparence lichénoïde, et en beaucoup de points un aspect hémorragique : l'exanthème finit par disparaître progressivement après une durée totale de 23 à 25 jours.

Les hautes températures et les symptômes graves s'amendent proportionnellement. L'auteur discute la nature de ce cas, et se croit autorisé à le rattacher à l'érythème polymorphe : la présence de l'herpès guttural ne lui paraît pas s'opposer à cette manière de voir. Il s'agit pour lui d'un érythème polymorphe ayant revêtu la forme autrefois désignée sous le nom d'herpès fébrile généralisé, c'est-à-dire avec l'apparence d'une éruption herpétiforme, non bulleuse au début, puis lichénoïde et enfin hémorragique. F. BALZER.

Phlébite dans l'érythème polymorphe, par GIRODE (*Ann. de dermat., n°* 12, 1888).

On tend de plus en plus à ranger l'érythème polymorphe parmi les maladies infectieuses et les complications qu'il présente, notamment les phlébites, sont à ce point de vue un des bons arguments qu'on peut invoquer.

L'auteur en rapporte une nouvelle observation prise sur un malade âgé de 30 ans, qui a présenté des placards érythémateux de la poitrine et du membre inférieur droit avec des éléments vésiculeux et bulleux. Le dermographisme était assez nettement accusé chez ce malade ainsi que l'érectilité des muscles des appareils pileux. Au bout de quelques jours, développement d'une phlébite de la veine crurale droite avec fièvre et œdème assez considérable. On observe aussi un ralentissement remarquable du pouls qui tombe un jour à 48. — Dans un second cas observé chez un homme âgé de 30 ans, affecté d'érythème polymorphe papuleux et noueux, et présentant les mêmes phénomènes d'hyperexcitabilité des vaso-moteurs cutanés et des muscles pilaires, l'auteur signale encore le ralentissement du pouls tombant à 50, à 44. Il s'agissait, dans ce cas, de phlébites du mollet droit.

F. BALZER.

Recherches sur la nature de l'érythème noueux, par GUILLAND (*Thèse de Bordeaux, n°* 83, 1887-1888).

L'auteur rapporte dix observations personnelles d'érythème noueux et

quelques observations déjà publiées, et cherche à établir que l'érythème noueux est une fièvre éruptive appartenant au groupe des érythèmes polymorphes et tout à fait indépendante du rhumatisme.

L'éruption caractéristique est souvent précédée, pendant plusieurs jours, d'une fièvre d'invasion dont l'intensité est indépendante de celle de l'éruption. Mais dans le cours de la maladie, il y a coïncidence entre les recrudescences de la fièvre et celles de l'éruption.

La conjonctive est le siège fréquent d'une éruption papuleuse.

Comme traitement, le salicylate de soude seul n'a donné aucun résultat, il réussissait mieux associé à la quinine, mais l'iodure de potassium a constamment amené en un ou deux jours la défervescence et la résolution de l'éruption. W. DUBREUILH.

Note sur le traitement de l'eczéma des enfants, par C. BŒCK (*Tidskrift for praktisk Medicin, n°* 17, 1887).

Beck recommande contre l'eczéma rebelle des enfants des compresses imbibées d'une solution faible de nitrate d'argent (1/500) alternant avec des applications de pommades. Les compresses, recouvertes de plaques de gutta-percha, restent en place pendant deux ou trois heures matin et soir; dans l'intervalle, on fait des applications de pommade à l'oxyde de zinc. REBLAUB.

Dermatite exfoliatrice généralisée et primitive. Lésions histologiques de la peau, par GIRODE (*Ann. de dermat. et de syph., septembre* 1888).

Girode publie une intéressante observation clinique concernant une femme âgée de 72 ans. Le cas est régulier et typique : il faut remarquer seulement l'exagération de la fonction sudorale très accusée chez la malade, et aussi le développement d'une affection mitrale : les lésions histologiques constatées sont peu caractéristiques, aussi bien du côté de l'épiderme que du côté du derme : la prédominance des altérations dans l'appareil pilo-sébacé est seule à remarquer; les glandes sébacées sont atrophiées, réduites à un mince cordon épidermique grêle et rameux. F. BALZER.

Ecthyma térébrant de l'enfance, par BAUDOIN et WICKHAM (*Ann. de dermat., n°* 12, 1888).

Les auteurs rapportent une observation d'ecthyma térébrant de l'enfance dont ils ont fait l'étude complète au point de vue bactériologique. Ils ont constaté la présence du streptococcus pyogenes en abondance. Mais ils croient que ce parasite n'a joué cependant qu'un rôle accessoire dans le développement de la maladie. Il ne serait pas impossible pourtant que ce streptocoque fût la vraie cause de la maladie et cette observation doit servir de point de départ pour de nouvelles recherches. F. BALZER.

I. — Notes cliniques sur le prurit, par Duncan BULKLEY.

II. — Du prurigo, par ROBINSON (*Journ. of cut. and genito-urinary diseases, juillet et décembre* 1887).

I. — L'auteur donne dans ce travail la statistique de ses observations sur les diverses variétés du prurit. Il s'est intéressé surtout aux prurits

réflexes, c'est-à-dire aux prurits qui se produisent à une certaine distance d'un point atteint d'un traumatisme ou d'une irritation quelconque, pincement, grattage, etc., les sensations se développent surtout quand il y a de la fatigue ou un état nerveux. Dans les observations qu'il a recueillies sur lui-même, il note que la sensation réflexe se produit toujours du même côté que l'irritation provocatrice, sauf quelques rares exceptions. L'épaule, la face dorsale de la main sont les sièges les plus fréquents des sensations réflexes, et ces sensations sont le plus fréquemment provoquées par des irritations partant des cuisses.

II. — L'auteur étudie dans ce travail des prurigos de natures très variées, causés par des irritations extérieures, l'eczéma, l'urticaire, l'oblitération des follicules pileux, lichen, etc... Il croit que l'état irritable de la peau est toujours associé à un état irritable des muqueuses et des synoviales : la dyspepsie, l'état bilieux, le rhumatisme sont fréquents chez ces individus. F. BALZER.

Scabies norvegica, par RIEHL (*Soc. des méd. de Vienne*, 24 *février* 1888).

L'auteur a fait l'autopsie d'une femme tuberculeuse atteinte de gale norvégienne. Il a examiné la peau du pli du pouce, de l'aisselle et du mamelon. La peau était fortement pigmentée et présentait des épaississements criblés de trous; autour d'eux existaient des nodules eczémateux percés d'orifices dus à la pénétration des jeunes acares. On voyait dans les téguments les lésions habituelles de l'eczéma chronique avec de grandes cavités occupées par des acares. Pas de formation croûteuse.

Les parasites, desséchés et privés de vie dans les couches supérieures des durillons, sont vivants dans les couches profondes. Ils ne peuvent subsister ni dans la couche cornée, ni dans le réseau de Malpighi, mais seulement dans la couche qui est en voie de durcissement.

Cette forme de gale a une marche lente, elle ne provoque pas de douleurs ni de prurit.

Mais il n'y a pas de différence anatomique essentielle entre cette forme et la gale vulgaire. L. GALLIARD.

Zwei bemerkenswersthe Fälle symmetrischer, purpurfarbiger, fleckiger Hauthyperaemie und Induration (Sur deux cas remarquables d'hyperémie cutanée sous forme de plaques purpuriques, indurées et symétriques), par J. HUTCHINSON (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, n° 23, 1888).

L'auteur a déjà fait connaître autrefois une observation de cette maladie à laquelle il ne peut donner encore une dénomination définitive; il a vu aussi dans la collection de Bœck un dessin la représentant chez un sujet dont il rapporte l'histoire : le dos des mains présentait une coloration purpurique; les doigs restaient indemnes à l'exception de l'annulaire droit ; sur le dos du pied et de la face antérieure du cou-de-pied la même coloration existait, accompagnée d'un notable épaississement avec induration de la peau, sous forme de bandes verticales; sur le dos des coudes et autour des genoux, on constatait les mêmes altérations; leurs limites étaient mal dessinées, et, en plusieurs points, l'on voyait s'en détacher des traînées formées par des veines ou des lymphatiques indurés; elles étaient exactement symétriques, avec prédominance du côté droit. Le malade avait subi antérieurement, à la main et au membre inférieur droits, des traumatismes auxquels il rapportait l'origine de son affection cutanée.

L'auteur tend à adopter cette manière de voir. La blessure aurait provoqué d'abord une inflammation locale qui se serait étendue principalement le long des veines et en aurait amené la dilatation permanente ; concurremment, il y aurait eu introduction d'une substance infectieuse qui, ensuite, se serait développée avec prédilection dans la partie symétrique du membre opposé. Dans les faits analogues, on a noté également le début à la suite de traumatismes. H. HALLOPEAU.

Fall von Diabetes mellitus bei welchem eine aus breiten Papeln und Knötchen... (Cas de diabète sucré dans lequel il est survenu une affection cutanée, lichen diabétique), par F. BARLOW (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *n°* 29, 1888).

Le malade, âgé de 26 ans, était soigné depuis 18 mois pour un diabète qui avait amené des troubles graves de la nutrition générale ; il portait sur la peau de l'abdomen et du thorax une quantité de papules larges et plates et de nodules ; leur volume était en moyenne celui de la moitié d'un pois, mais quelques-uns atteignaient un centimètre de diamètre ; ils étaient ronds, nettement limités et très peu saillants ; ils représentaient des disques consistants, massifs, englobés dans la peau, sans connexions avec le tissu sous-jacent ; la peau présentait, à leur niveau, sa couleur normale ; ils avaient une évolution ; le malade les voyait paraître, se développer, puis disparaître plus ou moins rapidement. Des faits analogues ont été publiés par Addison et Gull, Bristove et Malcolm Morris. Analogue au xanthélasma, cette affection en diffère par la rapidité de son développement et de son évolution rétrograde, par l'absence de taches et destinée, par la consistance et la dureté de ses néoformations, par leur coloration qui n'est jaune qu'exceptionnellement et seulement à leur surface, par leur structure et enfin par ce fait qu'elle n'envahit jamais les paupières. Crocker a tout récemment décrit cette dermatose sous le nom de *xanthome diabétique*. Barlow se refuse à admettre cette dénomination pour une éruption qui ne présente qu'exceptionnellement une coloration jaune ; il propose de l'appeler provisoirement *lichen diabétique*. H. HALLOPEAU.

Zur Behandlung des Lichen ruber planus (Traitement du lichen ruber plan), par Karl HERXHEIMER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 755, 10 *septembre* 1888).

Quatre cas de lichen ruber plan traités avec succès par la chrysarobine à 10 0/0, soit en badigeonnages avec de la traumaticine, soit en pommade. Dans le premier cas, il y avait une éruption semblable dans la bouche ; elle céda après 16 badigeonnages d'une solution alcoolique de sublimé à 10 0/0. Aux deux derniers malades, on faisait prendre en même temps de l'arsenic.

Neisser a également reconnu les bons effets de la chrysarobine dans le lichen ruber. J. B.

Pathogénie et traitement de l'acné, par BEHREND (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 872, 22 *octobre* 1888).

On trouve dans les pustules d'acné les streptocoques pyogènes doré et blanc. Or, des cultures de squames épidermiques de la peau normale ont appris à Behrend qu'un grand nombre de personnes hébergent les

mêmes microorganismes, non seulement à la surface de leur peau, mais aussi dans les orifices des glandes sébacées et dans les follicules pileux. Comme tout le monde n'a pas de l'acné, cela prouve que la seule présence des microcoques ne suffit pas à le provoquer. Il faut, en outre, une altération des tissus qui fournisse aux organismes un sol nourricier et leur permette de se multiplier à la faveur d'une transsudation qui a lieu dans les follicules sébacés et pileux. L'acné sébacé, les comédons sont la cause première de l'acné vulgaire. Les poils follets au niveau desquels apparaît l'acné vulgaire sont sujets à remplacement. Les nouveaux poils, souvent déviés dans leur croissance, s'enroulent dans les glandes sébacées, empêchent l'issue du sebum et produisent des comédons. L'oblitération des orifices glandulaires est suivie d'une stase sanguine veineuse résultant de la pression réciproque qu'exercent l'une sur l'autre la glande dilatée et la couche papillaire du derme. La stase de sang veineux amène à l'intérieur et au pourtour des glandes sébacées une transsudation qui fournit aux microorganismes le milieu indispensable à leur multiplication.

Il ressort de ces explications que le traitement de l'acné comprend 2 indications : 1° délivrer la peau de ces microorganismes, ce qu'on obtient par les savonnages, par le naphtol, le goudron et autres agents parasiticides ; 2° faire cesser la stase sanguine et rétablir la circulation normale des glandes sébacées, ce à quoi Behrend emploie la curette tranchante.

Quant aux scarifications linéaires préconisées par Isaac, Behrend leur dénie tout autre effet que celui de produire des cicatrices. J. B.

Anatomie pathologique et nature de la sclérodermie, par MERY (*Thèse de Paris*, 1889).

La lésion dominante est la sclérose avec altérations vasculaires, endo et périartérite, considérables et fréquentes.

Le même processus scléreux avec ces mêmes altérations vasculaires se retrouve dans les muscles, le myocarde, l'utérus, les poumons, les reins. Dans la peau comme dans les scléroses viscérales, les altérations vasculaires sont la lésion fondamentale qui entraîne la sclérose à sa suite. Les lésions des nerfs périphériques sont plus rares ; elles manquent trop souvent pour qu'on puisse y voir la raison suffisante, le point de départ des scléroses périphériques. L'auteur tend à restreindre le rôle des altérations nerveuses dans la sclérodermie. Pour lui, la sclérodermie doit être rapprochée des scléroses viscérales ; elle est sous la dépendance des altérations vasculaires. Les causes de la sclérodermie sont multiples. Un premier groupe comprend les cas qui ont été rattachés au rhumatisme et qui sont peut-être de nature infectieuse.

Le deuxième groupe renferme surtout des sclérodermies localisées qui sont sous la dépendance d'altérations nerveuses. On les a observées dans l'ataxie, dans la sclérose des cordons latéraux. Quelques-unes pourraient être sous la dépendance du système nerveux trophique. Enfin on peut voir survenir la sclérose de la peau à la suite de l'artériosclérose généralisée et de lésions traumatiques des artères. F. BALZER.

Zur Frage über die Aetiologie des Scleroderma (La question de l'étiologie de la sclérodermie), par Sigmund ERBEN (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph., Heft* 5, 1888).

La tendance actuelle des dermatologistes est de faire de la sclérodermie une affection trophonévrotique. Dans l'examen approfondi de deux cas, qui se sont présentés à la clinique de Kaposi, Erben cherche de nouveaux arguments en faveur de cette théorie, en même temps qu'il veut préciser la lésion causale. Deux constatations nouvelles faites par lui servent de base à son argumentation ; c'est, d'une part, la différence de température entre les parties saines et les parties malades, et, d'autre part, la différence de résistance opposée par la peau saine et la peau malade au courant galvanique ; les plaques de sclérodermie offrent en effet une résistance moins considérable que la peau saine. Discutant ensuite la signification pathogénique de ces signes et des symptômes concomitants, l'auteur arrive par exclusion à localiser le processus pathologique dans la substance grise de la moelle, dans laquelle il place les centres trophiques de la peau. Mais de nombreuses objections peuvent être présentées contre cette localisation : l'intégrité des muscles, l'état normal de leur réaction électrique ainsi que de celle des nerfs, enfin l'exagération des réflexes constatés longtemps après le début de la maladie. Aussi la conclusion de l'auteur est-elle celle-ci : il n'est pas encore permis d'affirmer l'origine nerveuse de la sclérodermie. A ce travail est annexée, sous forme d'appendice, une petite note destinée à montrer comment on doit faire la recherche de la résistance qu'offre la peau au courant galvanique. REBLAUB.

Un cas de xeroderma pigmentosum, par BRIGIDI et MARCACCI (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, fasc. III*, 1888).

G...., âgée de 8 ans, a présenté autrefois des accidents de nature scrofuleuse. Au moment où elle est observée à l'hôpital de Sainte-Marie à Florence, la peau de la face et de la partie antérieure du corps présente de nombreuses taches noires ou brunes, allongées ou arrondies, d'étendue variable. D'autres taches sont rosées, vasculaires. On trouve aussi des parties kératosiques, des productions cornées, même des ulcérations à la face, au nez, à la lèvre supérieure, aux paupières ; enfin il y a un peu partout une desquammation furfuracée. Il y a kérato-conjonctivite avec pannus. L'état de l'enfant s'aggrave pendant l'année 1887-88. Les taches sont plus noires, les ulcérations plus étendues, les fonctions des yeux presque abolies, au mois de septembre 1888. L'examen microscopique fait après biopsie montre des granulations semblables à celle de la mélanose dans l'épiderme. Dans le derme, on trouve aussi des cellules pigmentées semblables à celle de la choroïde. Pas de microbes caractéristiques. Les glandes sudoripares sont manifestement hypertrophiées. La kariokynèse des cellules de Malpighi et l'infiltration du corps muqueux se voient comme dans les faits antérieurement publiés.

L'auteur discute sur la nature des tumeurs qui se développent dans les phases ultimes du xeroderma pigmentosum : il pense que ces tumeurs considérées par Kaposi comme carcinomateuses sont plutôt épithéliomateuses ou même parfois sarcomateuses et constituées par un tissu de granulation. Le travail se termine par une statistique détaillée de tous les cas de xeroderma publiés jusqu'ici. F. BALZER.

Ueber das Epithelioma (sive molluscum) contagiosum, par A. NEISSER (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 4, 1888).

Dans ce travail, Neisser se propose de résoudre plusieurs questions encore fortement discutées : 1° le molluscum contagiosum est-il une glande sébacée modifiée et augmentée de volume, ou une prolifération de l'épithélium ; 2° dans ce dernier cas, la prolifération a-t-elle son point de départ dans l'épiderme ou dans le conduit excréteur des glandes, voire même dans la gaine de la racine des poils ; 3° quelle est la signification des corpuscules de molluscum ; 4° le molluscum est-il réellement contagieux ?

Sur le premier point, l'auteur s'élève avec beaucoup de vigueur contre l'opinion de Kaposi et réfute une à une toutes les raisons alléguées par ce dernier en faveur de l'origine sébacée de l'acné varioliforme. De nombreux examens microscopiques faits aux périodes les plus précoces de la maladie, des coupes en série lui ont montré que non seulement les éléments du molluscum différaient de ceux des glandes sébacées, mais encore que ces dernières ne prenaient presque jamais part à la formation des petites tumeurs. Il s'agit d'une néoformation épithéliale dont le point de départ est manifestement dans la couche épidermique.

Etudiant les modifications des cellules épithéliales, Neisser arrive à cette conclusion : que les corpuscules de molluscum ne sont autre chose que des cellules épithéliales ayant subi dans leur totalité la transformation cornée et contenant dans leur intérieur, outre le noyau ou des restes pu noyau, des parasites en grand nombre. Le protoplasma cellulaire a été remplacé par les spores. Neisser a voulu poursuivre ces parasites en dehors de l'organisme et a essayé de les cultiver, mais sans succès. De même les inoculations qu'il a tentées ne lui ont pas donné de résultats. Au point de vue morphologique, le parasite doit être rangé dans la classe des sporozoaires, groupe des grégarinides, et dans ce dernier groupe il appartient aux parasites vivant dans l'intérieur des cellules, aux coccidies. Neisser étudie ensuite le développement du parasite dans les tissus et le développement de la néoformation épithéliale elle-même. Il conclut à la nature parasitaire et contagieuse de l'épithélioma connu sous le nom de molluscum contagiosum. REBLAUB.

Ueber Elephantiasis, par GRÄSSNER (*Mittheilungen aus der dermat. Klinik der Charité*, *Heft* 3, 1889).

Examen histologique d'un morceau de peau empruntée à un malade atteint d'éléphantiasis consécutif à un eczéma datant de 15 à 20 ans. La couche cornée était notablement épaissie, et cet épaississement était formé par une série de couches alternantes des stratum corneum et stratum lucidum. Au niveau des papilles, l'épaississement était le plus considérable, par suite des exsudats interposés entre les différentes couches et que l'auteur fait provenir des vaisseaux des papilles. Le derme et l'hypoderme présentaient les lésions vulgaires bien connues. REBLAUB.

Zur Infectionsfrage der Herpesarten (Sur la question de la nature infectieuse des diverses formes d'herpès), par L. TÖRÖK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *n°* 2, 1889).

L'auteur a vu se développer dans la clinique d'Unna, consécutivement

à l'entrée d'une malade atteinte de zona, trois cas d'herpès facial dont l'un a coïncidé avec un herpès zoster ; il considère ces diverses formes comme provoquées par un même virus ; leur variété dépendrait surtout des différents degrés de réceptivité que présentent les sujets. H. H.

Sur la langue noire, par LANNOIS (*Ann. des mal. de l'oreille, novembre* 1888).

Trois observations de langue noire chez une jeune fille, atteinte de mal de Pott sous-occipital, chez un tabétique et un dysentérique.

Lannois adopte l'opinion d'une hypertrophie épithéliale piliforme, causée par un champignon ou un microbe encore indéterminé et favorisée par un trouble de la nutrition locale. A. C.

Observations recueillies à la policlinique d'Unna, par von DÜRING (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., n°* 29, 1888).

1° *Cas de tuberculose inoculée.* — La maladie a été transmise par une boucle d'oreille ; elle a été caractérisée en premier lieu par une ulcération du lobule à laquelle ont fait suite une adénite cervicale et des signes évidents de tuberculose pulmonaire.

2° Cas de *lupus miliaire* (dit *lupus acnéique*). — Constituée par des nodules discrets, du volume d'une tête d'épingle, d'un rouge sombre, légèrement saillants, sans tendance à la suppuration et localisée dans les lieux d'élection de l'acné de la face, cette éruption s'en distingue par sa transparence comparable à celle du miel et sa résistance aux moyens de traitement qui réussissent dans cette affection. H. HALLOPEAU

I. — Report on cultivation experiments with the bacillus Leprœ, par Beaven RAKE (*Brit. med. j., p.* 215, *août* 1888).

II. — On the treatment of tubercular leprosy by excision, par Beaven RAKE (*Ibidem, p.* 1214, *juin* 1888).

III. — Leprosy in the united States, par ALLEN (*N. York med. journ., p.* 352, 31 *mars* 1888).

I. — Rake a fait de très nombreuses expériences de culture du bacille lépreux dans des milieux nutritifs, sur des tissus vivants et dans des substances putréfiées. Ces expériences sont relatées en détail et présentées sous forme de tableaux synoptiques. Les conclusions qu'il en tire éclairent peu l'histoire de la maladie. En effet, dans les milieux nutritifs ordinaires, même à une température tropicale, le bacille ne se développe pas. L'inoculation aux animaux reste infructueuse et on ne voit pas se disséminer le contage lépreux. L'alimentation des animaux avec les tissus lépreux ne donne point la lèpre. Enfin, au sein des liquides putréfiés, le bacille de la lèpre ne se multiplie pas. H. R.

II. — Rake publie deux observations de lèpre tuberculeuse disséminée, dans lesquelles il pratiqua, en plusieurs séries d'opérations, la résection de toutes les tumeurs : après quoi il cautérise la surface excisée avec de la pâte arsénicale. Il admet qu'en agissant de cette façon on s'oppose à la perturbation du bacille de la lèpre, et en même temps on remédie aux difformités hideuses de cette maladie. F. R.

III. — La lèpre a pris une grande extension aux Etats-Unis pendant les 20 dernières années. Le fait est dû à l'immigration des lépreux, aux

visites de lépreux étrangers venant chercher la guérison aux États-Unis, au retour des Américains qui ont contracté la maladie à l'étranger, enfin à la production de cas sporadiques. L. GALLIARD.

Nature des variétés atypiques du lupus vulgaris, par LELOIR (*Ann. de derm., octobre* 1888).

Cette note résume une série de travaux du même auteur, ayant pour but de montrer que le lupus vulgaire est une tuberculose atténuée du tégument. Certaines formes atypiques, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, n'en appartiennent pas moins au lupus vulgaire. Les variétés colloïde, mucoïde ou myxomateuse, scléreuse sont des formes atténuées de tuberculose. Trois faits le démontrent : le petit nombre des bacilles, les difficultés et la lenteur de l'inoculation chez l'animal en expérience. F. BALZER.

Sur une forme suppurative de lupus tuberculeux, par HALLOPEAU et WICKHAM (*Ann. de dermat. et de syph., n°* 12, 1888).

Homme âgé de 38 ans, portant un lupus de la face avec des nodules tuberculeux et des tumeurs gommeuses cutanées et sous-cutanées en voie de suppuration, et des altérations cicatricielles du côté de la muqueuse buccale et pharyngienne. L'affection paraissait avoir débuté à la suite d'une morsure de cheval, mais les recherches bactériologiques faites par Nocard montrèrent que l'affection n'avait aucun rapport avec la morve ou le farcin. Après de nombreux essais, on finit par trouver des bacilles tuberculeux caractérisant nettement la nature de ce lupus. Quant à la suppuration, elle ne peut être expliquée par la présence de microbes pyogènes, ceux-ci faisant constamment défaut.

Les auteurs sont portés à attribuer la suppuration à des leucomaïnes produites par les bacilles et exerçant une action irritante sur les tissus. Ils expliquent de la même manière la production des nodules lupiques et des gommes qu'il est impossible d'expliquer par la présence des bacilles trop peu nombreux pour agir directement, mais capables de produire des substances chimiques irritantes. F. BALZER.

Considérations générales sur la résorcine : son action topique sur les surfaces ulcérées et sur le lupus en particulier. Observation par MORICE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er *avril* 1888).

En se basant sur ce qui a été publié et sur les résultats d'une observation, l'auteur conclut ainsi : La résorcine chimiquement pure peut être considérée comme un des moyens les plus prompts et les plus sûrs, dans la guérison des plaies et des ulcères... Elle agit sans provoquer la moindre douleur, sans irriter les parties voisines, et amène rapidement la cicatrisation. La peau reste souple, lisse, et garde sa coloration normale : aucune cicatrice. Elle est applicable aux différentes formes (érythémateuse, exfoliatrice, hypertrophique ou ulcéreuse). OZENNE.

Pathologie et thérapie de l'alopécie en aires, par A.-R. ROBINSON (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, VII, n°* 10, 1887).

L'auteur considère cette maladie comme parasitaire et la localise dans les voies lymphatiques ; ni le cheveu ni son follicule n'en sont le siège

initial. Ces parasites sont des microcoques d'environ 8 μ, semblables au staphylococcus aureus ; ils amènent une inflammation du chorion accompagnée fréquemment de coagulations fibrineuses dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins ; leur nombre est trop considérable pour que l'on puisse considérer leur présence comme accidentelle ; dans les cas récents, les plaques dénudées s'affaissent par le fait de la chute des cheveux et de l'afflux moindre du sang ; plus tard, les altérations des glandes sébacées ainsi que l'atrophie du chorion et de l'épiderme viennent s'y ajouter. Le traitement par les parasiticides est le seul qui donne des résultats ; l'auteur préconise particulièrement les applications de pommades à l'acide chrysophanique. H. H.

Ein Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse (Fait d'alopécie en aires survenu après une opération pratiquée au cou), par PONTOPPIDAN (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *n°* 2, 1889).

Il s'agit d'une enfant de 10 ans chez laquelle l'ablation d'une tumeur de la région carotidienne gauche détermina une paralysie des filets sympathiques de l'œil correspondant. Quand on enleva le bandage, 11 jours après l'opération, on put constater la présence à la nuque de plusieurs plaques dénudées qui s'agrandirent rapidement ; elles siégeaient symétriquement des deux côtés et présentaient tous les caractères de l'alopécie en aires ; le cuir chevelu était intact avant l'opération, il semble donc que la lésion nerveuse ait été dans ce cas la cause prochaine de l'affection. H. HALLOPEAU.

Sur la trichomycose nodulaire, par JUHEL-RÉNOY (*Ann. de dermat. et de syph.*, *n°* 12 (1 *planche*), 1888).

L'auteur donne sous ce nom la description de la piedra, maladie des cheveux commune dans les pays chauds, notamment en Colombie. Elle est caractérisée par de nouures échelonnées sur le poil, de consistance ferme, déterminant une intrication de la chevelure, due à l'état lanugineux du poil atteint. La maladie s'attaque aux deux sexes, aux races blanche et noire. La durée est indéterminée, la guérison facile. Elle est de nature parasitaire, et c'est pour rappeler ce caractère capital que Juhel-Rénoy propose de l'appeler trichomycose nodulaire. Les nouures sont constituées par des spores réfringentes, agglutinées par une glaire, plus volumineuses que celles du tricophyton. Les tubes mycéliens sporifères sont courts et comme atrophiés.

Le parasite ne pénètre pas dans le poil, ce qui explique la facilité de la guérison. Les agents parasiticides ne sont pas encore bien connus. Le traitement radical consiste à couper les cheveux aussi ras que possible. F. BALZER.

Des périfolliculites suppurées agminées en plaques, par PALLIER (*Thèse de Paris*, 1888).

Un seul placard plus ou moins étendu est la manifestation ordinaire de cette lésion ; la multiplicité des plaques est exceptionnelle. La lésion est rigoureusement cantonnée dans le derme, sans lymphangites, ni adénites, sans douleurs vives. Elle siège habituellement sur la face dorsale des mains et des avant-bras. Nettement délimitée, l'affection s'étend par poussées successives. On voit à la surface de la peau des

orifices multiples d'où la pression fait soudre du pus. On doit distinguer plusieurs variétés cliniques : la forme commune décrite par Leloir, qui atteint sa période d'état en dix ou douze jours, suppure franchement et évolue en six semaines ; la forme phlegmoneuse ou anthracoïde ; les formes pseudo-ulcéreuse et serpigineuse d'une durée de plusieurs mois. Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une inflammation des appareils pilo-sébacés avec infiltration du derme par des cellules embryonnaires et hyperkératinisation de l'épiderme. On trouve dans le pus divers microbes et entre autres le staphylocoque pyogène de Rosenbach. Il faut des lésions préalables de la peau pour que ces microbes puissent pénétrer dans le derme. L'affection se rencontre chez les individus peu soigneux, ouvriers, cultivateurs, etc. Les bains, les pansements antiseptiques guérissent les formes aiguës ; pour les formes plus lentes, il faut quelquefois recourir au raclage et au thermo-cautère.

F. BALZER.

Folliculite destructive des régions velues, par NICLOT (*Thèse de Paris*, 1888).

Cette affection décrite par Quinquaud est constituée par une lésion folliculeuse variable, discrète, pour ainsi dire, réduite au minimum, sans confluence des éléments inflammatoires et pourtant rapidement dépilante. Les éléments se groupent en îlots et il en résulte une alopécie en aires définitive.

L'histologie montre des lésions de folliculite et de périfolliculite amenant l'atrophie du bulbe pileux et la disparition complète du follicule. Les recherches faites dans le laboratoire de Quinquaud tendent à prouver l'existence d'un microcoque spécial. Quinquaud préconise un traitement parasiticide au bichlorure (1 gramme) et au biiodure de mercure (15 centigrammes) en solution dans l'alcool (60 grammes) et l'eau distillée (500 grammes).

Ce traitement arrête l'évolution de la maladie. F. BALZER.

De la destruction des poils par l'électrolyse, par BROCQ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *avril* 1888).

Ce travail complète la première communication faite par cet auteur. (*R. S. M.*, XXVIII, 232, 588.) Il repose sur 20 observations. 7 malades sont guéries ; 6 ont peu de poils, mais il s'en développe constamment de nouveaux, ce qui nécessite des séances espacées ; 3 n'ont pas persisté jusqu'au bout du traitement; 6 sont en cours de traitement.

Brocq a employé, pour anesthésier la peau, des badigeonnages de cocaïne sans succès, des injections sous-cutanées avec succès ; mais il a plusieurs fois observé de légers accidents généraux. Aussi n'y recourt-il que le moins possible. Il emploie une aiguille de platine iridié; l'aiguille doit être introduite le long du poil dans le follicule pileux et pénétrer jusqu'au bulbe, sans provoquer de résistance ; la profondeur des bulbes est d'ailleurs éminemment variable. Quand l'aiguille n'est pas introduite dans le bulbe, le courant montre un rayonnement d'un blanc mat ; quand elle est dans le follicule, il ne se produit qu'une teinte érythémateuse, souvent très étendue, puis il se forme de l'écume blanchâtre autour de l'aiguille ; si l'on prolonge la piqûre, il se fait un petit

cercle brun clair, au-dessus duquel se développe une vésicule transparente, puis jaunâtre.

Plus Brocq opère, plus il a tendance à n'employer que de faibles courants, 2 à 3 milliampères pour les lèvres, 4 à 5 pour les poils moyens. Brocq enlève de 30 à 50 poils par séance. Il ne détruit jamais deux poils assez voisins l'un de l'autre pour que les vésicules qui se forment après l'opération aux points touchés se rejoignent et deviennent confluentes. Si cette lésion se produit, il se développe ultérieurement des cicatrices vicieuses, blanches, ou des kéloïdes. Même après des opérations régulières, il peut subsister des traces variant suivant l'intensité de la destruction, suivant les personnes, les régions, la finesse et la qualité des téguments ; dans les cas de poils volumineux, il se forme quelquefois de petites kéloïdes, mais plus habituellement des dépressions cupuliformes, arrondies, qui souvent s'effacent spontanément.

Brocq estime les récidives à une environ pour 10 poils opérés. Quand on a enlevé tous les poils volumineux d'une région, on n'a pas terminé sa tâche ; les points opérés se couvrent d'une nouvelle couche de poils réguliers plus fins, à bulbes profonds, ce sont des poils de seconde couche ; il semble que l'électrolyse fasse grossir le duvet des régions fréquemment opérées. H. L.

Trichophyton tonsurans de l'épiderme ; tumeur produite par le trychophyton, par CAMPANA (*La Riforma medica*, 28 *avril* 1888).

Chez une femme présentant sur tout le corps une éruption papulo-squameuse disséminée de trichophytie, il existait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, de consistance ferme, au niveau de laquelle la peau était intacte et ne présentait que de minces squames épidermiques. Cette tumeur était formée de mycélium large, granuleux et de spores disséminées et également granuleuses. En même temps, il y avait des lésions trichophytiques des ongles. GEORGES THIBIERGE.

Di alcuni casi di tigna favosa curata con l'oleato di rame senza depilazione (L'oléate de cuivre dans le traitement du favus), par MIBELLI (*Boll. dei cult. delle sc. med. Siena, fasc. VI*, 1888).

L'auteur, après avoir nettoyé la tête, applique deux fois par jour la pommade d'oléate de cuivre à 20 0/0 de lanoline après une friction savonneuse. Ce traitement donne surtout de bons résultats dans les cas de favus peu étendu. Il rendra des services pour les sujets pusillanimes qui redoutent l'épilation. F. BALZER.

Dermatitis tuberosa of iodic origin, par TAYLOR (*N. York med. journ., p.* 477, 3 *novembre* 1888).

Il s'agit d'un cas d'acné anthracoïde iodo-potassique de Besnier.

Homme de 26 ans, syphilitique depuis trois ans, souffrant de céphalée frontale et de fièvre avec tuméfaction de la rate. On lui prescrit 60 grains (soit 3gr,84) d'iodure de potassium par jour, pendant six jours, puis 75 grains, (4gr,80). Au bout de douze jours, la céphalée diminue, la rate devient presque normale ; on donne 120 grains, soit 8 grammes par jour. C'est à ce moment que commence la dermatose. Malgré cet accident, on continue le traitement et on augmente même la dose qu'on élève à 240 grains jusqu'au moment où les symptômes cérébraux ont complètement disparu.

Voici la description de l'éruption iodopotassique :

On voit au front, aux tempes, aux joues et au cou, de petites tumeurs symétriques, rouge foncé, arrondies ou ovales, mesurant au plus la dimension d'un quart de dollar, pédiculées ou sessiles. Les pédiculées ressemblent à des champignons ; les sessiles, plus nombreuses et plus petites, sont entourées d'une aréole rouge très étroite. Elles sont molles, spongieuses, sécrètent du pus qui se concrète et forme des croûtes à leur surface ; sous les croûtes on trouve une série de petits orifices comparables à ceux d'un crible.

Sous l'influence de l'accumulation des doses d'iodure, les tumeurs acquièrent en une semaine tout leur développement ; puis leur cavité paraît se combler et dès lors il ne leur reste plus qu'une surface suppurante qui se couvre de végétations, de verrues. Elles sont indolentes ; on peut les faire disparaître au moyen d'applications journalières de perchlorure de fer. Au bout d'un mois, on ne trouve plus à leur place que des taches pigmentées. L. GALLIARD.

Zur Casuistik des Bromexanthems (Contribution à l'étude des éruptions bromiques), par SZADEK (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph., Heft* 4, 1888).

A propos d'un cas d'éruption bromique, dans lequel le diagnostic fut extrêmement difficile et qui fut longtemps considéré comme une syphilide pustuleuse, Szadek décrit les exanthèmes bromiques. Il insiste tout particulièrement sur les difficultés du diagnostic avec les syphilides acnéique et tuberculeuse, avec l'acné vulgaire. Au point de vue pathogénique, il rapporte les opinions de Neumann et Guttmann, qui pensent que le brome exerce son action sur les glandes sébacées, et celle de Fox et Gibbes, qui n'admettent pas la participation de ces glandes, mais considèrent les éléments de l'éruption comme de petits abcès du derme.

REBLAUB.

De l'ectropion consécutif à la syphilis mutilante de la face, par HALLOPEAU et WICKHAM (*Annales de Dermat., n°* 12, 1888).

La syphilis mutilante de la face peut donner lieu à un ectropion assez étendu pour mériter le nom de panectropion. Les paupières sont en pareil cas totalement déformées et presque méconnaissables et la muqueuse étalée peut en imposer pour une syphilide. Il en résulte une altération toute particulière et indélébile des traits. La cornée, n'étant plus protégée, devient nécessairement le siège d'altérations profondes qui ont pour conséquence fatale la perte rapide et complète de la vue ; le traitement spécifique n'a aucune influence sur cette déformation.

F. BALZER.

Étude sur les néphrites syphilitiques précoces, par BOUKKEIEFF (*Thèse de Paris*, 1889).

Ces néphrites se montrent dans les premiers mois de la contagion avec tous les signes des néphrites infectieuses (glomérulo-néphrite). L'albuminurie persiste assez longtemps avec des récidives. L'œdème est un des premiers signes qui attirent tout d'abord l'attention. La néphrite peut passer à l'état chronique si l'on n'institue pas à temps la médication iodomercurielle avec le régime lacté. Le traitement est habituellement efficace si l'on ne tarde pas trop. F. BALZER.

Sulla sifilide dei reni, par Pierleone TOMMASOLI (de Rome) (*Archivio italiano di clin. med.*, XXVII, 3, *août* 1888.)

Des manifestations rénales peuvent être observées à toutes les périodes de l'infection syphilitique. Elles ont été l'objet de nombreux travaux dont on trouvera les indications assez complètes dans le présent mémoire.

L'auteur, après avoir passé en revue les divers accidents qu'il a observés ou qui ont été signalés par ses devanciers, cherche à en faire une classification appuyée sur une base anatomique.

Les néphropathies de la syphilis secondaire paraissent surtout en rapport avec des lésions épithéliales du rein, variant depuis le simple catarrhe, véritable coryza rénal, jusqu'à des glomérulo-néphrites plus ou moins étendues, et se traduisant, au point de vue clinique, par une albuminurie légère et transitoire ou les troubles graves des néphrites aiguës (anasarque généralisée, avec urines rares, sanguinolentes, etc.).

Plus tard, les manifestations rénales, de même que les autres localisations viscérales de la syphilis, envahissent presque exclusivement le tissu interstitiel, et donnent lieu à la sclérose du rein ou à des gommes, et plus rarement à la dégénérescence amyloïde. Cliniquement, cette variété est plus insidieuse que les précédentes; elle peut exister sans albuminurie, sans anasarque, et reste souvent méconnue.

Entre ces deux formes, il existe d'autres néphropathies qui commencent dès la fin de la première année ou au cours de la seconde, et prennent néanmoins les allures cliniques de la néphrite interstitielle tertiaire, à laquelle elles aboutissent souvent. L'auteur les considère comme relevant de celle-ci et les décrit comme une forme précoce des néphrites tertiaires. Ces distinctions sont importantes au point de vue du traitement. Les manifestations rénales du premier groupe, légères ou graves, réclament le traitement mercuriel, malgré le préjugé qui les a fait souvent mettre sur le compte du mercure.

Les néphrites de la période tertiaire sont justiciables de l'iodure de potassium, et leurs formes précoces exigent le traitement mixte.

A. SIREDEY.

Ueber die Wirkung des Salicylsäuren Quecksilbers gegen konstitutionnelle Syphilis (Sur l'action du salicylate de mercure dans la syphilis constitutionnelle, par NEUMANN (*Wien. med. Woch.*, *nos* 47 *et* 48, 1888).

Ce médicament, employé tant à l'intérieur que sous forme d'injection intramusculaire, ne présente pas les inconvénients des autres substances et agit rapidement sur les premières manifestations de la syphilis ; injecté sous la peau, il ne produit ni douleurs, ni infiltration, ni abcès. On peut le mettre au même rang que le sublimé, que le peptonate mercurique et que le bicyanure de mercure. Sa composition est bien définie et toujours la même. Employé à l'intérieur, il agit rapidement et ne détermine jamais de salivation, ni aucun autre accident, même à doses prolongées. On administre par jour 3 pilules de 0gr,017 chaque ; l'injection est de 0gr,50 pour 15 grammes d'huile d'amandes douces, une par jour.

BARBE.

Recherches sur le gonococcus dans la blennorragie de la femme, par WELANDER (*Bull. médic.*, 2 *janvier* 1888).

L'histoire du gonococus et de ses rapports avec l'organisme présente encore un certain nombre de points obscurs; d'après Welander, il y aurait un moyen de le distinguer des microbes vaginaux; il a la propriété de ne pouvoir être coloré par la méthode de Gram; donc, toutes les fois que l'on trouve des diplococci en forme de « semmels » (pains au lait) groupés dans les cellules purulentes, qui ne se colorent pas par ce procédé, on est autorisé à affirmer que ce sont des gonococci. L'auteur a fait l'examen de la secrétion urétrale et de la secrétion vaginale chez 78 femmes; sur 46 d'entre elles, il a nettement constaté la présence des gonococci; 41 fois il les a rencontrés dans l'urètre, c'est-à-dire dans la proportion de 89 0/0; ils existent aussi très fréquemment dans la bartholinite chronique; lorsque la maladie est aiguë, on n'en trouve que d'une façon inconstante. Il en est de même dans le vagin peu favorable aux gonococci par son épithélium et sa réaction acide. D'après ses recherches, Welander les croit aussi très rares dans l'utérus, contrairement à l'opinion de certains gynécologistes. OZENNE.

Deferentite blennorragica senza epididimite, presentatasi nella forma cosi detta « ad altalena », par MIBELLI (*Bolletino della sezione dei cultori delle scienze mediche*, fasc. *III*, 1888).

Mibelli rapporte une observation de funiculite blennorragique sans épididymite. Six semaines après le début d'une blennorragie, l'écoulement subit une exacerbation, puis fièvre et développement d'une funiculite du côté gauche. Un traitement convenable fait disparaître cette dernière, laquelle est remplacée par une funiculite droite. Celle-ci disparaît à son tour; mais le côté gauche récidive. Aussi l'auteur est-il en droit de parler dans ce cas de forme alternante. REBLAUB.

La médication interne dans le traitement de l'orchite blennorragique, par DORMAND (*Thèse de Paris*, 1888).

L'auteur préconise, contre la douleur de l'orchite, le traitement par le salicylate de soude et par la teinture d'anémone pulsatile à la dose de trente gouttes par jour, traitement qu'il a pu expérimenter à l'hôpital du Midi. F. BALZER.

Om de yttre iliakolhört-lomas sjukliga Forändringar vid Gumskubonec (Des modifications pathologiques que subissent les ganglions iliaques externes dans le cours des bubons inguinaux), par E. ADMANSSON (*Archives de médecine norvégienne, XIX*, n° 17, 1887, et *Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 4, 1888).

L'auteur a remarqué que les adénites inguinales de toute nature s'accompagnent fréquemment de tuméfaction et d'induration des ganglions iliaques externes, et plus spécialement de ce groupe qui est situé immédiatement en arrière du ligament de Fallope. Il est rare de voir ces ganglions suppurer. Quand cela a lieu, le pus peut se résorber, ou, au contraire, il se fait jour à l'extérieur, auquel cas c'est en général dans un bubon inguinal déjà abcédé qu'il se déverse. Ces remarques s'appuient sur 17 cas dont 6 avec abcès. REBLAUB.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Les amnésies, valeur séméiologique, étiologie, classification, par ROUILLARD (*Encéphale, novembre* 1888).

Pour concilier les exigences de la clinique et celles de la psychologie, Rouillard propose une classification des amnésies, classification basée sur l'étiologie, mais qui tient compte en même temps des formes de l'amnésie. Elle comprend : 1° l'amnésie congénitale, qui procède d'un arrêt de développement des facultés intellectuelles ; 2° l'amnésie par traumatisme, qui a pour caractères principaux d'être brusque et de porter également sur des faits antérieurs au traumatisme, par un véritable phénomène rétrograde ; 3° l'amnésie liée à des maladies de l'encéphale ou de ses enveloppes, et qui est surtout une amnésie progressive ; 4° l'amnésie liée aux grandes névroses, somnambulisme, épilepsie, etc., et qui a le type périodique ; 5° l'amnésie succédant à des maladies aiguës et aux influences dépressives, débilitantes, dont la cause semble résider dans un abaissement de l'activité circulatoire et dans une pauvreté momentanée du sang ; 6° l'amnésie par intoxication, qui est précédée en général d'une phase d'hyperamnésie, et qui disparaît avec la cause qui l'a produite. DESCOURTIS.

Aphasie chez une tactile, par FARGES (*Encéphale, n°* 5, 1887).

Farges admet que les signes du langage intérieur qui ont pour origine les sensations tactiles, gustatives, olfactives, peuvent persister quand la cécité et la surdité verbale ont aboli les principales sources de ce langage. L'absence ou la persistance des images tactiles, gustatives, olfactives doit être recherchée, chez les aphasiques, non seulement pour déterminer la formule de chaque cas, mais aussi pour établir la classification qui leur est personnelle.

L'obtusion du tact, du goût, de l'odorat ou sa conservation plus ou moins isolée, autorise à créer au moins une sous-classe parmi les moteurs, et parallèlement une sous-classe d'aphasiques qu'on peut appeler, pour abréger, aphasiques tactiles. Du reste, la conservation des images tactiles, etc., peut être considérée comme un signe favorable au point de vue du pronostic, ou tout au moins comme un moyen important de rééducation, après la perte des autres éléments du langage. DESCOURTIS.

Mania following operations illustrated by six cases (Six cas de manie post-opératoire), par F. SHEPHERD (*The Am. journ. of the med. sc., p.* 591, *décembre* 1888).

Depuis longtemps connus, ces faits de manie post-opératoire ont été vus chez des alcooliques le plus souvent. Dernièrement l'auteur a eu deux faits de délire à la suite de fractures du col chez de vieilles femmes. Il est souvent difficile, dans certains cas, si l'on a fait usage d'anesthésiques

ou d'iodoforme, de reconnaître la véritable cause de la manie. On a accusé aussi les interventions ayant pour siège les organes génitaux de la femme. Werthen rapporte 6 cas sur 300 opérations.

Pour l'auteur, le traumatisme lui-même joue un rôle beaucoup plus important que les anesthésiques et l'iodoforme, et conclut que si l'intervention doit être faite chez un individu prédisposé aux troubles cérébraux ou qui en a déjà eu plusieurs attaques, le chirurgien ne devra opérer que s'il y a urgence absolue et si la vie du malade doit être prolongée.

F. VERCHÈRE.

Dermoneurose stéréographique et érythrasma chez un imbécile alcoolique, par CHAMBARD (*Arch. de neurol., p.* 8, *janvier* 1889).

L'érythrasma de ce sujet se présente avec ses caractères typiques : placards siégeant à la région inguino-crurale, bien limités, d'un rouge brun sombre, presque prurigineux, couverts d'une fine desquamation furfuracée, bien différente des surfaces diffuses, humides, douloureuses ou prurigineuses, rouge vif ou couvertes de squames lamelliformes ou de croûtes de l'intertrigo et de l'eczéma de cette région. L'examen microscopique a également révélé la présence du microsporon minutissimum.

La dermatose vaso-motrice sur laquelle porte spécialement le travail de Chambard constitue aussi une rareté pathologique. Toute excitation mécanique de la peau et des dermo-muqueuses déterminait chez son sujet l'appation d'une papule d'urticaire dont l'évolution et les caractères objectifs étaient identiques à ceux d'une papule d'urticaire spontanée et dont la configuration était subordonnée à celle du corps excitant. Si l'on traçait légèrement avec un corps mousse, sur la région sternale, par exemple, une ligne rectiligne, on voyait apparaître d'abord une strie mince, pâle, très fugitive, qui se montrait immédiatement au contact du style traceur, le suivait dans sa course, et s'évanouissait aussitôt après son passage. Moins d'une minute après, se détachait à la même place une strie rosée, érythémateuse, qui gagnait rapidement en intensité et en largeur et devenait bientôt une bande d'un rouge vif, visible à plusieurs mètres de distance. Cinq ou six minutes plus tard, la bande rouge se soulève, pâlit dans sa région axiale, reste érythémateuse sur les bords et se transforme en une véritable papule linéaire d'urticaire dont le relief augmente encore pendant plusieurs minutes et peut dépasser 2 millimètres. Cette papule ne s'efface que très lentement et peut persister au moins une heure.

Chambard distingue ainsi plusieurs périodes : 1° au contact du corps excitant, une phase d'ischémie vaso-motrice ; 2° quelques instants après, une phase érythémateuse par congestion neuro-paralytique ; 3° au bout de quelques minutes, une phase de papulation par œdème neuro-paralytique ; 4° presque en même temps, une phase d'ischémie mécanique secondaire, se traduisant par l'anémie du centre de la papule ; 5° enfin, une phase de résorption lymphatique, correspondant à la disparition très lente des papules.

DESCOURTIS.

A case of post-febril mental stupor or acute dementia (Un cas de stupeur mentale, ou démence aiguë, à la suite de symptômes fébriles), par TURNER (*Journ. of ment. sc., p.* 412, *octobre* 1888).

Jeune homme de 16 ans, son père et sa mère ont été soignés dans un asile d'aliénés ; ses frères et sœurs sont fous également ou touchent à la folie ; il est l'aîné de dix enfants ; a eu la fièvre typhoïde peu de temps avant son ad-

mission, raconte sa mère. Une semaine avant d'entrer à l'asile, il serait tombé brusquement en stupeur, sans avoir présenté auparavant de symptômes de manie ou de lypémanie. A l'asile, il présente les caractères habituels de la stupeur, avec quelques alternatives en mieux ou en moins bien, s'affaiblit progressivement, et meurt au bout d'un mois sans symptômes particuliers. A l'autopsie, on trouve : 1° de l'adhérence de la pie-mère à la substance corticale au niveau des lobes frontaux et de la région motrice à gauche ; 2° de l'épaississement des parois de quelques petits vaisseaux de la substance corticale ; 3° de petits corpuscules ou granulations développés à la surface des tubercules quadrijumeaux. Au microscope, on voit que ces granulations sont composées surtout de cellules araignées que l'on retrouve dans la partie superficielle du tissu des tubercules quadrijumeaux. DESCOURTIS.

Du délire récurrent. Étude de psychologie pathologique, par DESCOURTIS (*Encéphale, novembre* 1888).

Il existe, d'après Descourtis, une forme spéciale de délire, dans laquelle on observe le phénomène inverse de ce qu'on considère généralement comme la règle. Dans ce cas, une sensation quelconque, peut-être même une idée vive, donne naissance à un délire qui s'organise en un espace de temps variable, mais souvent très restreint. Une multitude d'idées, plus ou moins bien enchaînées, se déroulent sans que le sujet en ait conscience. Mais elles n'ont qu'un but : expliquer cette sensation. Il en résulte que, parties de cette sensation, elles doivent encore y aboutir. La première moitié du processus, caractérisée par une marche récurrente des idées, est inconsciente. La seconde moitié seule est consciente, et semble exister indépendamment de l'autre. C'est à ce phénomène que l'auteur a donné le nom de délire récurrent. D.

De la double forme, plus spécialement considérée dans ses rapports avec la paralysie générale, par GILLES (*Thèse de Paris,* 1888).

La folie paralytique à double forme se présente plus spécialement lorsque la paralysie générale se développe chez un individu prédisposé à la folie en vertu des lois de l'hérédité morbide progressive. Les rémissions y sont plus fréquentes que dans les autres formes de la paralysie générale : elles constituent les intervalles lucides qui séparent deux phases de caractère opposé. La marche de la maladie est fort irrégulièrement progressive. On observe souvent la rétrocession des phénomènes morbides les plus accusés, et le malade, qui semblait parvenu au dernier degré de déchéance organique et mentale, subit une véritable rénovation, aussi bien corporelle que psychique. Cette amélioration se rattache plutôt à la période expansive, tandis que c'est surtout pendant la période mélancolique que l'on observe les phénomènes d'affaissement intellectuel et de débilitation organique avec troubles trophiques.

On retrouve dans la folie paralytique à double forme les différents types de la psychose circulaire. La forme alterne de J. Falret y est plus fréquente que dans la vésanie simple. Enfin, dans la généralité des cas, la durée de la maladie se prolonge beaucoup plus longtemps que dans la paralysie générale commune. DESCOURTIS.

Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme, par ARNAUD (*Thèse de Paris*, 1888).

De l'examen de 202 cas de paralysie générale et de leur comparaison avec les données fournies par les auteurs, Arnaud conclut que le nombre des cas de paralysie générale chez l'homme augmente progressivement. Cette augmentation est très sensible pour la période de 25 à 30 ans, où, jadis, la maladie était fort rare, et qui a donné la proportion de 8,9 0/0; de là un abaissement de l'âge moyen de son apparition.

La paralysie générale se rencontre fréquemment chez l'homme, dans un milieu social (classes ouvrières) généralement considéré comme moins atteint; sa prédilection pour les classes élevées, surtout pour les professions libérales, intellectuelles, a été fort exagérée.

Arnaud donne ces résultats comme seulement applicables à la région du département de la Seine. Selon lui, la maladie résulterait, chez des sujets presque toujours héréditairement prédisposés, soit d'un surmenage général déterminé par des fatigues très diverses et souvent multiples, soit d'un accident, mais non pas particulièrement du surmenage intellectuel ou du surmenage cérébral direct (chagrins, ambition, etc.).

DESCOURTIS.

Cases of disease of the brain in imbeciles (Cas de maladie du cerveau chez des imbéciles), par BEACH (*Journ. of ment. sc., janvier* 1889).

Les maladies du cerveau dans l'imbécillité ne sont pas aussi fréquentes que son arrêt de développement. Beach attire plus particulièrement l'attention sur l'hydrocéphalie et l'hypertrophie du cerveau. Il rapporte différentes observations, une entre autres, où le malade, âgé de 10 ans, mourut de convulsions, et chez lequel on trouva un cerveau simple, dur, se coupant comme du fromage, et qui pesait 1,648 grammes, sans lésion d'ailleurs, ni sérosité en excès. Chez un autre imbécile, âgé de 15 ans, le cerveau pesait 1,928 grammes. En somme, huit imbéciles, observés par Beach, avaient un cerveau d'un poids bien supérieur à la normale. L'atrophie du cerveau et la microcéphalie en général sont plus connues.

DESCOURTIS.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu pour l'année 1887, par BOURNEVILLE, SOLLIER, PILLIET, RAOULT et BRICON (In-8°, Paris, 1888).

Ce volume présente le compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1887. Sans parler de différents faits cliniques qui ont été publiés isolément dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de neurologie*, nous y trouvons exposés les heureux résultats que l'on peut obtenir d'une assistance intelligente et dévouée, au profit des idiots et des enfants arriérés. L'enseignement primaire, ainsi que l'enseignement professionnel combinés avec les distractions, l'hygiène, l'exercice, l'hydrothérapie, etc., ont donné les meilleurs résultats. On ne doit donc pas négliger l'éducation physique et intellectuelle de ces enfants, et chaque année permet, par des innovations bien combinées, de leur rendre des services de plus en plus importants.

DESCOURTIS.

Notes sommaires sur deux cas d'idiotie avec cachexie pachydermique (Idiotie crétinoïde), par BOURNEVILLE (*Arch. de neurol.*, *p.* 431, *novembre* 1888).

Ces deux malades présentent dans l'ensemble et dans les détails tous les caractères des autres malades, que Bourneville a montrés atteints d'idiotie avec cachexie pachydermique. Tous deux ont le nez camus (c'est la règle), bien que leurs parents aient des nez aquilins. De même que les autres malades de ce genre, ils ont : 1° des cheveux brun roux ou blond roux, gros, rudes et rares, principalement sur la région moyenne de la moitié antérieure de la tête; 2° le cuir chevelu est le siège d'une éruption eczémateuse ; 3° la fontanelle antérieure est persistante; 4° la dentition est défectueuse et en retard ; 5° la peau est cireuse, un peu jaunâtre, luisante, eczémateuse; 6° la partie inférieure des joues est épaissie, comme tremblotante; 7° les creux susclaviculaires et les aisselles sont gonflés par des masses pseudo-lipomateuses ; 8° les mains et les pieds sont épais, boursouflés, comme œdémateux, bien que nulle part la pression du doigt ne laisse d'empreinte ; 9° la voix est rauque, stridente, éraillée : c'est le caractère qu'elle avait chez tous les idiots crétinoïdes observés par Bourneville, et qu'il n'avait pas encore suffisamment mis en relief; 10° tandis que d'autres malades avaient des hernies inguinales, ceux-ci ont des hernies ombilicales; cette fréquence des hernies inguinales et surtout ombilicales mérite d'être relevée; 11° enfin il faut noter l'absence probable de la glande thyroïde qui paraît être la caractéristique anatomo-pathologique de l'idiotie crétinoïde. DESCOURTIS.

Ueber Albuminurie bei Geisteskranken (L'albuminurie chez les aliénés), par KOEPPEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 695, 20 *août* 1888).

L'urine des aliénés contient de l'albumine bien plus fréquemment qu'on le croit. A cet égard, on peut établir les catégories suivantes :

1° L'albuminurie des psychoses apparues à la suite d'une néphrite;

2° L'albuminurie des psychoses apparues dans le cours d'une sclérose généralisée du système artériel ;

3° L'albuminurie des psychoses délirantes. Fürstner (*R. S. M.*, X, 205) a signalé son existence dans le delirium tremens et constaté qu'elle subit les mêmes oscillations que le trouble des idées. Cette observation de Fürstner peut être généralisée, car elle est vraie dans la plupart des cas où il y a délire, manie, etc.

Au lieu d'albumine, l'urine peut contenir de la propeptone. Il résulte des observations de Koeppen que, très souvent, la propeptonurie doit être envisagée comme le premier indice de l'influence du cerveau sur les reins.

En général, les urines ont une densité considérable. Alors même que la quantité d'albumine est très grande, on ne trouve pas d'éléments morphologiques, sauf parfois de rares cylindres hyalins et quelques cellules épithéliales. Donc, dans ces cas, on est autorisé, en un certain sens, à parler d'une albuminurie de cause centrale, puisqu'il n'existe pas d'autre motif à la présence de l'albumine dans l'urine que l'état du cerveau. J. B.

Recherches sur la sécrétion gastrique chez les aliénés atteints de mélancolie, par PACHOUD (*Thèse de Genève*, 1888).

En pratiquant le cathétérisme stomacal environ quatre heures après le dîner, Pachoud a pu se convaincre que l'acidité du suc gastrique, chez les mélancoliques et les déprimés en général, est augmentée dans une assez forte proportion. Cette acidité est presque exclusivement due à la présence de l'acide chlorhydrique libre ; les acides organiques faisant presque toujours défaut. Cette hyperacidité n'est pas passagère, mais elle peut durer aussi longtemps que les troubles psychiques déprimants ne s'amendent pas. Il n'y a pas hypersécrétion, mais simplement hyperacidité, c'est-à-dire que la sécrétion d'HCl en excès n'est pas continue et qu'elle n'existe que pendant le travail de la digestion. La digestion des mélancoliques est accélérée. Leur suc gastrique peut digérer des quantités considérables de viande et d'albumine en général. De là un moyen thérapeutique des plus utiles dans la traitement de la mélancolie.

DESCOURTIS.

I. — Bericht über Anwendungen des Hyoscin bei Geisteskranken (Emploi de l'hyoscine chez les aliénés agités), par Otto DORNBLUTH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 992, 3 *décembre* 1888).

II. — Therapeutische Wirkungen des Hyoscins, par Eugen KNY (*Ibidem*, *n°* 50, *p.* 1001, 10 *décembre* 1888).

I. — Dornbluth s'est servi successivement de l'iodhydrate et du chlorhydrate d'hyoscine, sans noter de différence dans leur action ; à titre de calmant et de soporifique, il en a obtenu d'excellents effets chez 76 aliénées agitées, auxquelles il les a administrés soit en injections sous-cutanées (à doses progressives de 2 décimilligrammes à 15 milligrammes), soit par la voie stomacale (doses de 5 décimilligrammes à 2 centigrammes).

Chez 5 épileptiques, l'hyoscine n'a eu aucune influence sur le nombre des attaques.

Dornbluth n'a pas remarqué d'accoutumance au médicament.

II. — Kny a d'abord employé le chlorhydrate d'hyoscine, en injections sous-cutanées chez 23 aliénés des deux sexes. Dans 80,7 pour 100 de ses expériences, il a obtenu, au plus tard une heure après l'injection, un sommeil profond, durant de 5 à 7 heures ; dans 14,1 pour 100, le sommeil n'a duré que 3 ou 4 heures et offrit des interruptions ; enfin dans 5,2 pour 100, l'effet soporifique a été nul. Kny commençait par des injections de 3 à 5 décimilligrammes, qu'il augmentait graduellement, s'il n'avait pas obtenu l'effet désiré, mais sans dépasser 13 décimilligrammes. Sur les 23 malades, 6 offrirent des phénomènes accessoires inquiétants à la suite de ces injections : pâleur de la face, violents étourdissements, démarche titubante, embarras de la parole, hallucinations, délire, au lieu de sommeil. Ces accidents décidèrent Kny à administrer l'hyoscine (à dose double), par la voie stomacale, à 88 nouveaux aliénés. Dans 82,2 pour 100 de ces expériences, il a obtenu, au plus tard 2 heures après l'ingestion du médicament, un sommeil prolongé durant 8 ou 10 heures ; dans 4,9 pour 100 seulement, le résultat fut nul. L'hyoscine a mieux réussi chez les malades agités (delirium tremens, délire aigu, folie épileptique, etc.) que chez les mélancoliques simples et chez les aliénés dont

l'insomnie ne se compliquait pas d'agitation. La médication a été le plus efficace dans les troubles mentaux accompagnés de violente excitation motrice (manie, stade expansif de la paralysie générale, idiots agités). Par la voie stomacale l'action soporifique est un peu plus lente à se produire que par la voie sous-cutanée, mais elle se prolonge plus longtemps et se traduit encore très souvent le lendemain par une période de calme. Quel que soit le mode d'administration, il survient de l'accoutumance au médicament.

Kny l'a aussi expérimenté chez quelques malades non aliénés. Il en a vu de bons résultats dans la paralysie agitante, dans la crampe des écrivains, dans le tremblement alcoolique et dans celui de la sclérose en plaques. Mais il lui a semblé que, chez ces malades, l'hyoscine donne plus facilement lieu à des symptômes incommodes que chez les aliénés. (*R. S. M.*, XIX, 482 et XXI, 656.) J. B.

De l'action thérapeutique du méthylal chez les aliénés, par BOUBILA et HABDJÈS (*Encéphale, p.* 278, *mai* 1888).

En aliénation mentale, il est peu d'hypnotiques sur lesquels on puisse compter. Or, d'après Boubila et Habdjès, le méthylal pourrait rendre des services dans certains cas. Ils l'ont donné à la dose de 3 à 9 grammes, pendant plusieurs jours consécutifs et à diverses reprises. Les malades le prenaient en potion, une heure après le repas du soir, au moment du coucher. Les observations ont porté sur 33 malades différents, et les auteurs en ont tiré les conclusions suivantes : Le méthylal est un hypnotique puissant destiné à remplacer avantageusement les agents somnifères usuels dans les formes suivantes des maladies mentales : folie simple (manie aiguë exceptée), folie à double forme dans la période de dépression, folies intermittentes et folies épileptiques, démences consécutives à des lésions organiques, enfin dans la paralysie générale progressive, quoique dans cette dernière affection son action ne soit pas sans conteste. DESCOURTIS.

Antifebrin in Pyrexia, par Julius MICKLE (*Journ. of ment. sc., p.* 513, *janvier* 1889.)

L'antifébrine abaisse la température dans les états inflammatoires suivants qui se présentent chez les aliénés, lorsqu'ils s'accompagnent de fièvre : 1° Catarrhe vésical, hémiplégie, maladie organique du cerveau, sclérose de la moelle épinière ; l'antifébrine, à la dose de 5 grains, a alors une action antipyrétique manifeste ; 2° Méningite, hallucinations vagues. Lorsque la température s'élève haut, l'antifébrine, à la dose de 8 à 12 grains, l'abaisse pour quelque temps et de telle façon que, même après 9 ou 10 heures, elle est encore abaissée de 2 à 3° Fahr. ; 3° Paralysie générale dans sa dernière période et lorsque le malade est au lit ; l'antifébrine abaisse la température dans la congestion hypostatique, dans la pneumonie, etc., et peut être employée à dose fractionnée à intervalles de quelques heures. DESCOURTIS.

De la fréquence des accès d'épilepsie suivant les heures, par Ch. FÉRÉ (*C. R. Soc. biol.*, 10 *novembre* 1888).

Près des deux tiers des accès observés à Bicêtre se sont produits de

huit heures du soir à huit heures du matin : ils se manifestent surtout aux heures qui suivent le coucher et précèdent le lever. Il y a peut-être un rapport entre la fréquence relative des accès à ces heures et celle des hallucinations hypnagogiques qui se présentent de préférence à ce moment. P. L.

I. — Des contractures chez les épileptiques, par G. LEMOINE (*C. R. Soc. de biologie*, 4 *février* 1888).

II. — Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalls (Recherches critiques et expérimentales sur la pathogénie de l'attaque d'épilepsie), par BINSWANGER (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenk., Band XIX, Heft* 3, *p.* 759).

III. — Étude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonnienne, par A. PITRES (*Revue de médecine*, 10 *août* 1888).

I. — Les contractures consécutives aux accès d'épilepsie sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose. Elles sont de deux sortes, les unes sont permanentes, les autres présentent le caractère spasmodique et se rapprochent du type décrit par Brissaud sous le nom de contracture latente. P. L.

II. — Voici les conclusions du travail de Binswanger :

1° Il existe sur le plancher du quatrième ventricule, vers les parties latérales, une série de points excitables par l'électricité, par les agents mécaniques, qui provoquent des convulsions toniques des muscles du tronc, de la tête et des membres, et donnent lieu à des mouvements associés des membres (mouvements de course, de marche, de choc, de frappement, de piétinement). Les points les plus excitables, dont l'excitation détermine les manifestations convulsives généralisées les plus violentes, sont situés dans les portions antérieures de cette région.

2° Ces phénomènes d'excitation motrice sont d'ordre réflexe. Les points excitables sont constitués par les racines sensitives du trijumeau, par la racine ascendante notamment ; peut-être les excitations se transmettent-elles également par l'intermédiaire de voies sensitives comprises dans le territoire de la *formatio reticularis*.

3° Les centres qui président à ces mouvements réflexes sont situés principalement dans la moitié dorsale du pont de Varole (portion protubérantielle de la coiffe). La portion basale de la protubérance n'est pas intéressée dans la production de ces phénomènes réflexes. La limite supérieure du territoire qui renferme ces centres réflexes est située non loin du bord antérieur de la face dorsale de la protubérance.

4° Des sections pratiquées à travers la protubérance provoquent les phénomènes réflexes les plus violents (sauf dans la sphère d'innervation de l'oculo-moteur et du pathétique), principalement quand la section atteint les points les plus excitables.

5° L'excitation électrique des surfaces de section détermine des mouvements convulsifs généralisés, quand elle atteint la portion protubérantielle de la coiffe ; les excitations mécaniques par le toucher ne donnent pas de résultat.

6° Les centres réflexes représentent une sorte de station de rassemblement, par rapport aux centres réflexes étagés dans la moelle ; c'est

par leur entremise que s'effectue l'exécution des mouvements associés un peu étendus. La dénomination de « centres convulsivants » ne répond certainement pas à leur signification fonctionnelle.

7° Cela n'exclut pas la possibilité pour ces centres de faire naître des mouvements convulsifs étendus à un grand nombre de muscles, lorsque préexiste une exagération pathologique de leur excitabilité, ou lorsqu'ils sont soumis à des excitations d'intensité anormale. Ce n'est qu'autant qu'on considère les choses à ce point de vue, qu'on peut continuer d'attribuer à ces appareils la dénomination de « centres convulsivants ».

8° Les phénomènes convulsifs que fait naître l'excitation de ces centres consistent dans des convulsions tétaniques et dans une exagération convulsive des mouvements associés des muscles de tout un membre.

9° On ne réussit jamais à développer de véritables attaques d'épilesie, par des excitations électriques ou mécaniques portées sur la protubérance. F. RICKLIN.

III. — Pitres étudie un certain nombre de troubles qui apparaissent parfois chez les sujets en puissance d'épilepsie jacksonnienne et qui consistent en troubles de la sensibilité tels que fourmillements, engourdissements, sensations de froid ou de chaud dans un membre ou dans l'un des côtés du corps. Chez d'autres ce sont les organes des sens qui sont intéressés; bourdonnements d'oreilles, vision colorée, etc. Parfois, au contraire, c'est du côté de la sphère psychique que se passent les accidents : hallucinations multiples, idées délirantes, etc. Pitres, d'après ces faits, pense qu'il y a lieu de décrire à côté et indépendamment des accès épileptoïdes convulsifs, des accès épileptoïdes sensitifs, sensoriels, psychiques et paralytiques et de considérer ces accès comme des équivalents cliniques de l'épilepsie partielle convulsive au même titre que les accès de manie ou d'automatisme épileptique sont considérés comme des équivalents cliniques des grand accès convulsifs du mal comitial. C. GIRAUDEAU.

De l'épilepsie procursive, par BOURNEVILLE et BRICON (*Archives de neurol.*, *t. XIII, p.* 321; *t. XIV, p.* 55 *et* 235; *t. XV, p.* 75 *et* 227; *t. XVI, p.* 234 *et* 420).

Sous le nom d'épilepsie procursive, Bourneville et Bricon décrivent une forme particulière de l'épilepsie, dont les accès, au lieu de présenter les phases habituelles, sont constitués par une course ou propulsion rapide en ligne directe dans l'axe horizontal du corps, ou avec rotation à grands cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès épileptique ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivi de coma, se compliquant d'une congestion très forte de la face.

Cette forme de l'épilepsie, dont on trouve des exemples assez nombreux, surtout dans les auteurs anciens, a été décrite sous des noms très divers et parfois confondue avec la chorée ou d'autres affections nerveuses. Elle semble cependant devoir être classée parmi les épilepsies symptomatiques d'une lésion encéphalique qui paraît à peu près constante déjà macroscopiquement.

Une première catégorie comprend les cas d'épilepsie procursive

proprement dite, c'est-à-dire les cas où la course constitue d'abord à elle seule l'accès épileptique. Mais il existe également des faits qui prouvent que l'acte procursif peut, plus tard, être suivi d'un accès ordinaire ou disparaître complètement pour faire place à l'épilepsie vulgaire. Cette succession possible des phénomènes cliniques explique pourquoi les auteurs ont considéré la procursion tantôt comme un vertige, tantôt comme un accès complet ou incomplet. Bourneville et Bricon se croient autorisés, d'après leurs observations personnelles, à considérer ces accidents comme des accès incomplets. Ce n'est pas à dire pour cela que le vertige (perte de connaissance, avec sensation de tournoiement, accompagnée ou non de quelques phénomènes convulsifs de peu de durée et d'intensité) ne puisse jamais être accompagné de mouvements automatiques ; l'absence elle-même peut consister en un simple acte automatique, mais alors on n'a nullement affaire à une procursion véritable, mouvement précipité de peu de durée, automatique si l'on veut, mais caractérisé par une course remplaçant les périodes tonique et clonique de l'accès ordinaire. Pour compléter l'étude de l'épilepsie procursive, on a noté également les actes automatiques, à caractères plus ou moins procursifs, qui accompagnent le vertige et l'aura, ou qui sont consécutifs à l'accès.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il semble, d'après les quelques rares autopsies pratiquées jusqu'à ce jour, que, dans l'épilepsie procursive, les accidents procursifs, certains mouvements de manège, de rotation, sont liés à une lésion cérébelleuse. Le pronostic de l'épilepsie procursive proprement dite est toujours grave. Aux accès procursifs succèdent, en général, au bout d'un temps plus ou moins long, des accès à type commun ; la marche est alors celle de l'épilepsie commune. Il semble toutefois que les accidents procursifs ont beaucoup moins d'influence sur l'état intellectuel de ces malades ; tant qu'ils existent seuls, l'intelligence paraît, en effet, peu atteinte et la mémoire semble bien conservée. La marche et la durée sont celles de l'épilepsie ordinaire et par conséquent très variables. Le diagnostic n'a lieu d'être fait qu'avec la chorée et les différentes affections à type saltatoire. Il est facile. L'étiologie de l'épilepsie procursive est inconnue. Il semble cependant que la lésion encéphalique date de l'enfance. Enfin le traitement n'a encore donné aucun résultat. Seuls les accès consécutifs d'épilepsie classique paraissent justiciables d'un traitement amenant parfois une amélioration passagère dans l'état du malade. DESCOURTIS.

La galvanizzazione della tiroide negli epilettici, par SIGHICELLI (*Rivista sper. di freniatria, vol. XIII, fasc. 4*).

La galvanisation de la glande thyroïde, chez sept épileptiques, a donné les résultats suivants :

Pour trois d'entre eux, on n'a observé aucune modification. Pour les quatre autres, on a observé : *a*) une aggravation subite du mal, dès le début du traitement, puis une diminution dans le nombre des accès ; *b*) la disparition presque totale des phénomènes pré- et postépileptiques ; *c*) une notable diminution dans la durée et le nombre des accès, qui n'étaient plus accompagnés de spasmes toniques ; *d*) une notable amélioration du caractère et des facultés psychiques des malades. DESCOURTIS.

L'olfatto nei criminali, par OTTOLENGHI (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, octobre* 1888).

Poursuivant la théorie de Lombroso relative à la déchéance physique des criminels, Ottolenghi a exploré la sensibilité olfactive comparativement chez des détenus et chez d'autres personnes. Les expériences ont été pratiquées à l'aide de solutions d'essence de girofle d'intensité croissante (douze échantillons depuis 1/50000 jusqu'à 1/100) ; elles ont porté sur 80 criminels dont 30 femmes et sur 50 autres sujets, dont 20 femmes.

L'acuité olfactive s'est montrée constamment moins développée chez les criminels que chez les autres ; huit fois l'odorat était complètement aboli. D'après les moyennes obtenues, les femmes sont constamment au-dessous des hommes. On avait eu soin d'exclure de l'expérience les priseurs, les fumeurs de profession, ceux qui présentaient des altérations quelconques des voies nasales, enfin ceux que leur genre de travail avait pu exposer aux mauvaises odeurs. H. B.

MÉDECINE LÉGALE.

Entomologie appliquée à la médecine légale, par Georges P. YOVANOVITCH (*Thèse de Paris*, 1888).

L'auteur a réuni dans son travail, depuis le cas célèbre de Bergeret (1855), toutes les observations françaises dans lesquelles les connaissances entomologiques ont été appliquées à la solution de questions médico-légales. Mais ce qui fait le principal intérêt de cette thèse, ce sont les 5 planches représentant les 26 principaux insectes parasites des cadavres.

Yovanovitch conclut :

L'entomologie peut nous indiquer : 1° l'époque approximative de la mort d'un individu ; 2° la saison pendant laquelle il est mort ; 3° si on a laissé l'individu tout le temps à la même place ou si on l'a transporté en un autre lieu ; 4° si l'individu, après avoir trouvé la mort, est resté exposé à l'air libre ou s'il a été ensuite enterré, ou enfin exposé au feu ; 5° si l'individu a succombé en ville et a été ensuite transporté à la campagne, et réciproquement, et encore s'il vient d'un pays lointain ; 6° beaucoup d'autres circonstances relatives à la mort, expliquées par les mœurs des insectes (*R. S. M.*, XI, 222 ; XVII, 236 ; XXII, 666 ; XXIX, 218 et 219).

J. B.

La faune des tombeaux, par P. MÉGNIN (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XIX*, 160, *février* 1888).

Sur des cadavres enterrés à Ivry, depuis 2 et 3 ans, Mégnin a recueilli des insectes à divers états de développement. Il a reconnu que le nombre

des espèces est beaucoup plus limité que sur les cadavres à l'air libre. Ce sont les suivantes :

Quatre espèces de diptères : *Calliphora* vomitoria, *Curtonevra* stabulans, *Phora* aterrima et une *Antomya* indéterminée.

Une espèce de coléoptère, le rhizophage à cou parallèle.

Deux thysanoures : achorutes armatus et templetonia nitida.

Une jule indéterminée.

On ne rencontre les larves de calliphores et surtout celles de curto nèvres, qui sont bien plus nombreuses, que sur les cadavres inhumés pendant l'été. Ce fait prouve que les œufs de ces diptères (les mouches sont très communes dans les chambres de malades pendant l'été), ont été déposés dans les ouvertures naturelles des morts, avant leur ensevelissement.

Quant aux phoras et aux rhizophages trouvés en pleine vie sur les cadavres inhumés depuis 2 ans, il faut forcément admettre que leurs larves proviennent d'œufs pondus à la surface du sol, par ces insectes attirés par des émanations particulières perceptibles à leurs sens; les larves sorties de ces œufs ont traversé la couche de terre qui les séparait des cadavres.

Les phoras s'adressent de préférence aux cadavres maigres, tandis que les rhizophages ne se trouvent que sur les gras. J. B.

Nouveau procédé de destruction des tatouages, par VARIOT (*C. R. Soc. de biol.*, 21 *janvier* 1888).

Ce procédé consiste à répandre sur la peau tatouée une solution concentrée de tanin, à faire ensuite des piqûres serrées sur toute la surface de peau qu'on veut décolorer et à frotter les parties avec un crayon de nitrate d'argent. Il se forme une eschare qui se détache au bout de 14 à 18 jours : le derme et l'épiderme sont réparés au-dessous et l'on aperçoit, à la place du tatouage qui est tombé avec la croûte, une cicatrice superficielle rougeâtre. P. L.

Ueber das forensisch wichtige Verhalten von Blutspuren zu verschiedener hoher Temperatur. (Étude médico-légale des altérations subies par les taches de sang exposées à des températures plus ou moins élevées), par Kuniyosi KATAMAYA (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanit., nouv. série, XLIX*, 269, *octobre* 1888).

Liman a publié (*Arch. für path. Anat.*, *CIV*, 1886) un fait très important pour le médecin légiste. Il s'agit d'un vêtement portant des taches de sang insolubles dans les réactifs usuels, parce qu'elles avaient été repassées avec un fer chaud. Cette observation a été le point de départ des expériences de Katayama dont voici les résultats :

1° Il est certain que du sang desséché par une forte chaleur se dissout difficilement, voire pas du tout dans certains réactifs ;

2° Le sang exposé une heure durant à la température de 100° C. est encore parfaitement soluble dans tous les dissolvants expérimentés, à savoir : l'eau, la solution de borax saturée à froid, la solution concentrée de cyanure de potassium, l'eau ammoniacale, la lessive de soude étendue, l'alcool additionné de 1/20 d'acide sulfurique et le vinaigre anhydre ;

3° Le sang exposé une heure durant à la température de 120° C. est insoluble dans l'eau, à peu près insoluble dans la solution de borax, tandis qu'il se dissout un peu dans la solution concentrée de cyanure de potassium, beaucoup mieux dans l'eau ammoniacale et dans l'alcool sulfurique, mais surtout bien dans la lessive de soude et dans le vinaigre anhydre ;

4° Le sang exposé à une température de 140° C. ou supérieure, commence à fondre en formant des globules noirs, brillants, et en dégageant une forte odeur de brûlé ; il est devenu insoluble non seulement dans l'eau et dans la solution de borax, mais encore dans la solution concentrée de cyanure de potassium ; il est encore un peu soluble dans l'eau ammoniacale, un peu plus dans l'alcool sulfurique, et se dissout encore bien dans la lessive de soude et dans le vinaigre anhydre ;

5° Il résulte de ces observations que la lessive de soude étendue et le vinaigre anhydre et après eux l'alcool additionné de 1/20 d'acide sulfurique, sont les meilleurs dissolvants des taches de sang qui ont été soumises à l'influence d'une forte chaleur ;

6° Toute solution de sang donne lieu à un ou deux spectres qui lui sont propres. Mais au point de vue de la médecine légale, ceux obtenus par dissolution dans l'ammoniaque ou dans la lessive de soude ont peu de valeur, parce qu'ils ne sont pas constants et sont peu nets ;

7° Les deux seuls spectres, supérieurs à tous égards et indispensables dans l'examen médico-légal du sang, sont ceux de l'hématine réduite de Stokes et de l'exyhémoglobine de Hoppe-Seyler ; ils ne font jamais défaut et sont toujours nets ;

8° La préparation des cristaux d'hémine reste toujours possible quand le sang a été chauffé une heure à 120° C. ; elle réussit encore 2 fois sur 3, quand le sang a été chauffé à 140°, et ne réussit plus du tout lorsqu'il a été soumis à la température de 160° ;

9° L'altération subie par une tache de sang repassée avec un fer modérément chaud est à peu près celle du sang exposé une heure à la température de 100° C. ; lorsque le fer est très chaud, l'altération correspond à une exposition à 120°. Mais quelle que soit la température du fer, si l'étoffe n'a pas été humectée pour pratiquer le repassage, l'altération du sang est beaucoup plus considérable et comparable à celle du sang soumis à une température de 140° et même davantage ;

10° La préparation des cristaux d'hémine, nullement difficile quand les taches ont été repassées à la façon habituelle, devient souvent malaisée et même impossible, lorsque la tache n'a pas été humectée avant de la repasser au fer chaud. J. B.

Die zweite Lebensprobe (Valeur de la docimasie gastro-intestinale), par M. NIKITIN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanitw., nouv. série, XLIX*, 44 *et* 282, *juillet et octobre* 1888).

1° La docimasie gastro-intestinale peut non seulement compléter la docimacie pulmonaire, mais est aussi, dans certains cas, en état, isolément et nonobstant le résultat négatif de la docimasie pulmonaire, de décider d'une manière positive la question de vie de l'enfant après la naissance. Il y a donc lieu de reconnaître toute la valeur médico-légale de la docimasie gastro-intestinale et de la dénommer la deuxième épreuve vitale ;

2° Quand, sur un cadavre frais d'enfant nouveau-né, l'estomac contient de l'air et surnage, et, en particulier, lorsqu'il y a surnatation simultanée d'une partie des intestins, on peut admettre avec certitude que cet enfant a vécu après la naissance, à la condition toutefois qu'il n'y ait eu ni insufflation artificielle, ni pénétration d'air dans l'estomac avant la naissance ;

3° Sur un cadavre en putréfaction avancée, le résultat positif de la docimasie gastro-intestinale n'a pas la valeur diagnostique de la docimasie pulmonaire, laquelle permet encore de conclure dans les cas suivants :

a) Si les petits fragments de poumon qui surnagent ne vont pas au fond après qu'on les a fortement exprimés, on peut admettre avec la plus grande probabilité que ce poumon a respiré, sous la réserve cependant qu'il n'y ait pas eu insufflation artificielle ;

b) Si, au contraire, après avoir détruit les bulles de gaz, simplement en les ponctionnant ou en passant la main dessus, mais non par une pression entre les doigts même légère, les fragments de poumon qui surnageaient vont au fond, on peut regarder comme probable que ce poumon n'a pas respiré;

Quand la putréfaction est encore peu considérable, le résultat positif de la docimasie gastro-intestinale représente encore un signe diagnostique important;

4° Un résultat négatif de la docimasie gastro-intestinale n'autorise à lui seul nullement la conclusion que l'enfant soit né mort. Mais le résultat négatif de la docimasie pulmonaire ne peut pas non plus toujours prouver que l'enfant n'ait pas vécu après la naissance. En conséquence, pour les cadavres frais, et, à plus forte raison, pour les cadavres putréfiés, ce n'est qu'en se basant sur le résultat négatif des deux docimasies qu'on peut admettre avec certitude que l'enfant n'a pas vécu après la naissance, lorsqu'il n'existe pas de signes d'une mort violente qui est alors généralement très prompte ;

5° Quand l'estomac et une partie de l'intestin d'un cadavre de nouveau-né sont remplis d'air et surnagent, on peut admettre, avec certitude si le cadavre est frais, avec vraisemblance si la putréfaction est modérée, que l'enfant n'est pas mort immédiatement après la naissance, en exceptant toutefois l'insufflation artificielle et la pénétration d'air dans l'estomac de l'enfant non encore né;

6° Les premières bulles d'air parviennent dans l'estomac du nouveau-né par la déglutition;

7° La possibilité du retour des poumons à l'état fœtal, c'est-à-dire de l'entière disparition de l'air des poumons chez un nouveau-né, est très vraisemblable;

8° L'insufflation artificielle d'air dans les poumons à l'effet de ranimer des enfants en état de mort apparente peut se faire aussi bien de bouche à bouche, qu'à l'aide d'un tube introduit seulement jusqu'à la base de la langue. Pour éviter l'emphysème, l'orifice du tube ne doit pas avoir plus d'une ligne de diamètre. J. B.

Der Tod durch Alkoholmissbrauch und sein forensischer Nachweis (Du diagnostic médico-légal de la mort par abus d'alcool), par C. SEYDEL (*Vierteljahrss. f. gerichtliche Med., XLVIII, p.* 430, *avril* 1888).

Seydel n'a pas réussi à constater, dans les cas de décès dus à l'alcoolisme, les lésions rénales que Formad (*R. S. M.*, XXIX, 549) a décrites avec tant de détails. Quand il s'agit d'une intoxication alcoolique aiguë, le rein est bien congestionné; mais cela paraît surtout en rapport avec l'état de cyanose des cadavres. C'est l'avenir qui montrera s'il s'agit là d'un mode d'empoisonnement par l'acide carbonique. Il est, en effet, possible, si, comme l'a dit Bodlaender, l'alcool se décompose chez l'homme en acide carbonique et eau. Mais les expériences de Seydel, sur des chiens et des lapins, ne lui ont pas démontré l'évidence de ce mécanisme.

En tout cas, Seydel n'a pu constater, ni sur l'homme, ni sur l'animal, les modifications de volume et de forme des reins auxquelles Formad attache un si grand poids pour expliquer la mort aiguë par l'alcool.

Seydel, dans ses expériences sur les animaux, a rencontré très fréquemment une altération de l'épithélium des canalicules rénaux, mais il ne l'a jamais observée sur les reins des hommes qu'il a examinés. Elle est vraisemblablement la conséquence d'excès alcooliques graves et répétés. A cet égard, sa constatation peut faciliter le diagnostic, au même titre que la présence de l'albumine dans l'urine. J. B.

Beitraege zur forensischen Diagnostik... (Quelques difficultés du diagnostic en médecine légale), par N. OBOLONSKY (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, XLVIII, p.* 348, *avril* 1888).

1° *Valeur diagnostique de la présence d'eau dans l'estomac pour la mort par submersion.* — Sur 18 expériences entreprises sur des cadavres d'enfants âgés de 2 semaines à 2 mois, Obolonsky a constaté 5 fois la présence, dans l'estomac, d'une plus ou moins grande quantité du liquide au sein duquel ils étaient restés immergés durant 72 heures. Dans la plus grande partie des 13 autres cadavres, l'absence du liquide d'immersion s'expliquait soit par l'état de réplétion de l'estomac (lait coagulé), soit par l'obstruction de l'orifice inférieur de l'œsophage, due à un bouchon de caséine. La putréfaction cadavérique joue un rôle important dans la pénétration de l'eau dans l'estomac, car Obolonsky ne l'a jamais notée sur les cadavres qui n'avaient été immergés que pendant 24 heures. En définitive, la réplétion complète de l'estomac par le liquide dans lequel un corps a été retrouvé constitue seule un signe certain de la submersion durant la vie.

Dans l'estomac des mort-nés auxquels on a pratiqué la respiration artificielle, il est ordinaire de rencontrer des mucosités spumeuses, alors même que les poumons ne renferment pas d'air. Il suffit de mentionner ce fait pour éviter de confondre ce mucus aéré avec un liquide de submersion.

2° *Diagnostic différentiel des brûlures intra-vitam et post-mortem.* — A défaut de signes macroscopiques permettant de reconnaître sûrement une brûlure faite peu de temps avant la mort, d'une brûlure faite

sur le cadavre, Obolonsky a cherché dans l'examen histologique des caractères différentiels.

La brûlure pratiquée sur le vivant se distingue par le gonflement de la couche de Malpighi, par un trouble finement granuleux de la couche fibreuse (s'il s'agit d'une brûlure par l'eau bouillante) par une extravasation des globules rouges qui, soit à l'état de fragments, soit entiers, représentent des éléments toujours décolorés, enfin par une émigration des éléments figurés blancs. Il est à remarquer, toutefois, que les brûlures produites une heure avant la mort ne se distinguent presque pas des brûlures post-mortem. Le seul signe est une hyperémie vasculaire dont la valeur n'est pas infaillible. Un laps de 10 à 20 heures est nécessaire pour le développement des caractères pathognomoniques.

Sous le microscope, on peut également reconnaître les différents modes de brûlure. Les brûlures déterminées par l'action directe de la flamme ou d'un corps incandescent se font remarquer par la carbonisation des couches supérieures, la teinte gris-brun des écailles épidermiques et de la couche papillaire, enfin par l'existence, dans ces couches, de fentes larges et rapprochées les unes des autres. Dans les brûlures par les liquides, au contraire, les fentes du chorion sont étroites et plus distantes, la couche fibreuse est finement granuleuse.

Sur les brûlures post-mortem, l'œdème de la peau a une consistance aqueuse, tandis qu'il est gélatiniforme lorsque la brûlure date de la vie.

Obolonsky étudie enfin les caractères distinctifs des brûlures produites par les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique et par les alcalis caustiques. Les brûlures faites sur le vivant se caractérisent par la présence d'un réseau vasculaire et d'épanchements sanguins au sein des parties carbonisées.

Les effets des substances caustiques sur la peau se rapprochent de ceux du fer rouge; les liquides bouillants provoquent une réaction plus vive.

3° *Diagnostic différentiel des fractures intra-vitam et post-mortem.* — Obolonsky, étudiant sous le microscope les caractères distinctifs de ces fractures, est arrivé à des résultats presque identiques à ceux de Zinowitsch-Kaschtchenko (thèse, Saint-Pétersbourg, 1884).

4° *Le coït des castrats russes* (Skopzis) *peut-il être fécond?* — En se basant sur des recherches faites sur des chiens, Obolonsky répond par l'affirmative.

5° *Valeur de la docimasie pulmonaire.* — Obolonsky, comme Runge (*R. S. M.*, XXIV, 286), lui dénie toute valeur quand il s'agit de mort-nés qu'on prétend avoir essayé de rappeler à la vie en leur pratiquant la respiration artificielle. J. B.

Étude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups sur l'abdomen ou le larynx, par Mina S. MINOVICI (*Thèse de Paris*, 1888).

Un coup porté sur l'abdomen ou sur le larynx peut entraîner la mort immédiatement ou en quelques minutes, alors même que ce coup n'a produit aucune lésion matériellement appréciable.

En pareil cas, on ne trouve à l'autopsie aucune lésion ou bien seulement des lésions insignifiantes, ou encore des lésions qui n'ont pas de

rapport avec le coup mortel. Le médecin légiste ne peut, en pareille occurrence, déterminer la cause de la mort que s'il connaît les circonstances du fait, et s'il est à même de les interpréter, à l'aide des données scientifiques que l'on possède sur ce sujet.

Les faits de ce genre s'expliquent par la théorie de l'inhibition (*R.S.M.*, XV, 240, et XXX, 39). J. B.

Die spontane Dickdarmruptur der Neugebornen (**La rupture spontanée du gros intestin des nouveau-nés**), par **Arnold PALTAUF** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXI*, *Heft* 3).

Il est très important pour le médecin légiste de connaître la cause de la rupture spontanée du gros intestin chez le nouveau-né. Jusqu'aujourd'hui on l'attribuait à des manœuvres intempestives pendant l'accouchement. L'auteur décrit 5 cas de perforations spontanées du gros intestin, dont il a pratiqué l'examen anatomique et microscopique. Ces faits établissent que la tunique musculaire se déchire en premier lieu. La déchirure est déterminée par une rupture des vaisseaux sanguins et par l'accumulation du sang entre la muqueuse et la tunique musculaire. Cette dernière tunique étant mal nourrie et dissociée, se nécrose et se déchire. La perforation de la muqueuse elle-même est secondaire. Ce qui démontre que les choses se sont passées ainsi, c'est qu'on trouve, au voisinage des parties nécrosées, des thrombus dans les vaisseaux et une zone limitante atteinte d'inflammation.

Le processus de la perforation se fait par conséquent couche par couche et non d'un coup, comme ce serait le cas à la suite d'un traumatisme.

Quant à la cause déterminante de cette rupture, il faudrait la chercher, selon l'auteur, dans la stase du méconium (Koprostase).

Par l'accumulation du méconium, il se produit une dilatation du gros intestin, surtout au niveau de l'S iliaque et les tissus comprimés sont le siège de troubles circulatoires aboutissant à la rupture de la tunique musculaire et du péritoine.

La sous-muqueuse et la muqueuse font hernie à travers la fente, et il suffit de mouvements péristaltiques un peu énergiques ou bien d'une pression extérieure pour amener une déchirure totale.

La nécrose des parois intestinales peut exister au moment de la naissance, et c'est seulement quelques jours plus tard que se fait la perforation, suivie de péritonite et de mort. E. RETTERER.

Sur un cas d'ulcère rond de l'estomac au début; rapport médico-légal, par SIRENA (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1887).

Chez un homme mort en dix jours avec des accidents de gastro-entérite, on avait cru à un empoisonnement et un expert avait même déclaré avoir trouvé une assez grande quantité de colchicine. A une contre-expertise, on ne put constater la présence de celle-ci ; les expériences faites avec la colchicine sur des chiens montrèrent que cette substance ne produit pas les lésions stomacales qui avaient été constatées à l'autopsie. Celles-ci consistaient en une tache d'un noir cendré, nécrosique, correspondant à la grande portion pylorique de la courbure, mesurant 45 sur 80 millimètres, de forme irrégulièrement ovoïde, à bords irréguliers, entourés d'une muqueuse normale, et

en taches très petites, de forme irrégulière, présentant les mêmes caractères et corespondant toutes à la grande courbure. L'auteur, se basant sur la netteté des bords, le siège et la forme des lésions, l'intégrité des parties voisines et l'absence de gastrite aiguë ou chronique, conclut à un ulcère rond au début, produit par une thrombose; l'examen microscopique de l'estomac montrait une infiltration cellulaire des couches glandulaire et musculeuse de la muqueuse. Sirena admet l'origine vasculaire des ulcères de l'estomac.

GEORGES THIBIERGE.

Du diabète traumatique au point de vue des expertises médico-légales, par P. BROUARDEL et H. RICHARDIÈRE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série XX*, 401, *novembre* 1888).

Le diabète traumatique, trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, s'observe à tous les âges. Presque toujours les blessés jouissaient, avant l'accident, d'une excellente santé. Les observations ne mentionnent pas d'hérédité diabétique.

La nature des blessures est extrêmement variable; le plus souvent (17 fois sur 33) il s'agit d'un traumatisme quelconque de la tête. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les chutes ou les coups sur le rachis (5 fois), les coups sur les lombes, les traumatismes du tronc ou des membres.

Tantôt le diabète débute presque immédiatement après un accident, tantôt au bout de plusieurs mois ou même de quelques années. L'affection se manifeste tout d'abord soit par une polyurie simple, une glycosurie isolée ou une albuminurie, soit par des troubles de la santé générale, beaucoup moins caractéristiques et mis parfois sur le compte de la simulation ou de la neurasthénie.

La symptomatologie du diabète traumatique n'offre rien de spécial.

Les complications nerveuses ont une grande importance; en raison de leur fréquence et de leurs caractères spéciaux, elles donnent parfois une physionomie particulière au diabète traumatique. Ce sont des névralgies, des paresthésies, hyperesthésies ou anesthésies, de l'hypocondrie, des paralysies des nerfs moteurs de l'œil.

Le diabète traumatique suit une marche complètement différente, selon qu'il succède immédiatement au traumatisme ou qu'il se montre après un temps plus ou moins long. Dans le premier cas, il débute par de la polydipsie, de la polyurie, de la glycosurie, le lendemain ou le surlendemain de l'accident. Ces symptômes persistent quelques semaines, en s'accompagnant des autres manifestations diabétiques; puis la guérison survient au bout de 2 ou 3 mois. C'est le diabète traumatique précoce ou aigu, bénin, se terminant par la guérison.

Au contraire, le diabète traumatique, retardé ou chronique, a une marche lente, un pronostic le plus souvent grave. C'est lui qui intéresse spécialement le médecin légiste. Les symptômes apparaissent les uns après les autres, sans avoir d'abord de signification révélatrice.

Le diabète traumatique précoce ne peut être confondu qu'avec la glycosurie traumatique. Le diagnostic différentiel, impossible au début, s'appuiera sur la durée des accidents, tout passagers dans la glycosurie, et sur l'apparition des symptômes généraux du diabète. Du reste, le diabète précoce aigu ne donne guère lieu à des expertises médico-légales;

le pronostic en est toujours favorable, sauf peut-être chez les individus prédisposés au diabète par leur constitution (obèses, goutteux) où le diabète peut devenir intermittent.

Quant au diagnostic du diabète traumatique, tardif ou chronique, il n'est délicat qu'au point de vue étiologique. Les symptômes n'ont aucune espèce de valeur. La nature et le siège de la blessure n'ont qu'une importance secondaire, le diabète traumatique pouvant se montrer après tout traumatisme un peu intense. On se rappellera cependant la fréquence toute particulière du diabète après les traumatismes craniens et vertébraux (22 fois sur 30). Les accidents nerveux au moment de l'accident, la frayeur, l'émotion ressenties sont aussi des présomptions en faveur de l'origine traumatique du diabète. On cherchera à savoir si, antérieurement au traumatisme, le blessé n'a pas présenté quelques symptômes de diabète, en l'interrogeant de préférence sur les manifestations inconnues du public (éruptions, impuissance, troubles visuels, perte des forces, émaciation, etc.). L'évolution des accidents donne des renseignements d'une certaine valeur. Rarement, en effet, la santé du blessé reste parfaite entre le jour où il a été victime de son traumatisme et le moment où le diabète est apparu. La persistance des symptômes nerveux est particulièrement importante.

En résumé, le siège des blessures, les accidents qui ont accompagné le traumatisme, les renseignements sur le blessé, la persistance des troubles de la santé générale et de quelques phénomènes nerveux, surtout d'ordre paralytique, tels sont les points qui permettront quelquefois de porter un diagnostic étiologique certain.

Si l'expert ne peut affirmer que le malade n'était pas diabétique avant l'accident, il doit du moins faire ressortir la gravité des traumatismes les plus légers chez des malades de cette catégorie. J. B.

Kreosotvergiftung mit tödtlichem Ausgange (Empoisonnement mortel par la créosote), par MARCARD (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öff. San., nouv. série, t. L, supplément*, 1889).

Enfant de 5 semaines, à qui son père fait ingérer une quantité de créosote pouvant s'élever au plus à 65 centigrammes. Immédiatement, l'enfant crie et se tord. Le médecin, appelé sept heures plus tard, constate que l'haleine du petit malade sent la créosote ; ses lèvres, sa langue et la face externe de ses joues sont brun rougeâtre ou grises et manifestement brûlées. L'enfant, qui a eu une selle sanglante et vomit tout ce qu'on lui donne, succombe quatorze heures après l'empoisonnement. Sa chemisette portait des taches jaunes paraissant dues à un liquide caustique. L'autopsie, pratiquée vingt heures après la mort, révèle les lésions suivantes : aspect brunâtre et sec, consistance parcheminée des lèvres, de la langue, de la face interne des joues et de la voûte palatine. L'épiglotte, la base de la langue et l'œsophage ont une apparence gris jaunâtre, terne, tenant à la perte de leur épithélium. Au niveau de la base de la langue et du pharynx, on trouve, immédiatement au-dessous de la muqueuse, de nombreux épanchements minuscules de sang coagulé. L'estomac ne présente aucune odeur de créosote ; il renferme une petite quantité de liquide brunâtre trouble et des mucosités. Tandis que la muqueuse gastrique de la moitié droite est normale, l'autre moitié, surtout au niveau du grand cul-de-sac, offre des taches rouges et des érosions de forme irrégulière et de dimensions variables entre une tête d'épingle et 5 millimètres. Au pourtour de ces érosions, la mu-

queuse est tuméfiée et rouge ; les vaisseaux sous-muqueux sont très injectés. Vive injection de la muqueuse laryngo-trachéale. Les lobes antérieurs des poumons sont rouge vif, crépitants et modérément remplis de sang, tandis que les parties supérieures sont congestionnées, dures et très humides. Sur les coupes, on distingue des plaques irrégulières, foncées, consistantes et moins aérées que le reste; la pression en fait sourdre un liquide rougeâtre spumeux. La vessie contient quelques grammes d'urine trouble; sa muqueuse pâle présente des taches ecchymotiques allongées de haut en bas.

L'analyse chimique des différents viscères ainsi que celle du sang et de l'urine n'ayant révélé la présence d'aucun poison, tandis que celle de la chemisette indiquait nettement la présence de créosote, Orth fut chargé de faire des expériences sur les animaux pour résoudre les deux questions suivantes :

1° L'empoisonnement mortel, par la créosote, provoque-t-il les lésions constatées à l'autopsie de l'enfant ?

2° Lorsque la créosote a été ingérée, son odeur fait-elle complètement défaut au bout de vingt-quatre heures?

Orth répond affirmativement. Il résulte en effet des expériences qu'il a faites sur des chiens et des chats que les lésions viscérales produites par la créosote varient selon le temps qui s'est écoulé avant la mort. Le premier effet du poison, même à la dose minime de 50 centigrammes, est l'action caustique qui se traduit, d'abord dans la bouche et l'œsophage, sous forme d'opacités grises ou d'indurations brunâtres, parfois parcheminées dans les régions accessibles à l'air. L'escharification de l'estomac dépend, d'une part, de la quantité de créosote, d'autre part, du degré de résistance de l'organe ; chez les chats, elle est beaucoup plus marquée que chez les chiens.

L'aspect des portions stomacales escharifiées diffère selon que la mort est arrivée plus ou moins vite ; en effet, à l'élimination des eschares succèdent des ulcérations, altérations secondaires, non directement dues au toxique et réclamant un certain temps pour se manifester. L'empoisonnement par la créosote provoque en outre des lésions inflammatoires, apparaissant de bonne heure sous forme d'œdème du larynx, mais exigeant une survie un peu prolongée pour prendre de l'extension et affecter le caractère hémorragique.

Chez les animaux, la vessie n'est pas lésée. Quant aux lésions des poumons, on ne les note qu'autant qu'un peu du toxique est parvenu dans ces organes; elles consistent aussi en cautérisations et indurations (coagulations) avec aréole congestive. Enfin, il ressort des expériences d'Orth que dans un empoisonnement mortel par ingestion de créosote, toute odeur caractéristique peut se perdre dans l'espace de vingt-quatre heures, à la double condition que le malade ait survécu un assez grand nombre d'heures et que la quantité de poison ait été peu considérable. (*R. S. M.*, XXIV, 449.) J. B.

Blutfarbe bei extremen Temperaturen (Effet des températures extrêmes sur la couleur du sang), par FALK (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLIX, p.* 28, *juillet* 1888).

1° *Action de la chaleur.* — En dehors de toute imprégnation du sang par l'oxyde de carbone durant la vie, il est assez commun de noter sur

les cadavres de brûlés une couleur rouge clair ou rouge vif du sang qui est simplement le résultat d'un effet physique de la haute température, et qui s'observe par conséquent indifféremment, que ce soit un vivant ou un mort qui ait subi l'action de la chaleur. Ces nuances plus claires du sang se rencontrent donc aussi bien dans un sang contenant de l'hémoglobine oxygénée que dans celui qui ne renferme que de l'hémoglobine réduite. Lorsqu'on élève très graduellement la température, il est facile de reconnaître que la couleur du sang s'éclaircit brusquement, au moment où on atteint la température de 62 ou de 63°. A ce moment, le sang, examiné à l'œil nu, paraît encore liquide, mais le microscope permet d'y reconnaître une précipitation partielle des substances albuminoïdes. Ces coagulations microscopiques et non transparentes sont la cause que les couches superficielles du sang réfléchissent plus de lumière, autrement dit que la lumière réfléchie a traversé une moindre épaisseur de matière colorante et qu'elle reste davantage mélangée de ces nuances qu'absorbe la matière colorante du sang. Donc, cette teinte plus claire du sang résulte d'un effet optique identique à celui que Pflueger obtenait en ajoutant du lait à un sang couleur laque.

Le sang en pleine décomposition verdit quand on le chauffe. A un degré de putréfaction moins avancée, le sang chauffé s'éclaircit de teinte, mais à une température plus élevée que celle qui agit sur le sang non décomposé. Cela s'explique en partie par la destruction des globules rouges. Aussi observe-t-on très exactement le même phénomène sur un sang dont les éléments figurés ont été détruits par une congélation et un dégel successifs. Mais il y aurait encore à tenir compte des facteurs suivants : 1° des produits de la putréfaction qui, comme l'ammoniaque et les alcalis, entraînent la congélation des substances albuminoïdes ; 2° de la modification qu'impose aux albuminoïdes eux-mêmes la putréfaction. En effet, le premier acte de la décomposition de l'albumine consiste en sa transformation en peptone, laquelle n'est pas coagulée par la chaleur.

2° *Action du froid.* — Le froid éclaircit la couleur du sang parce qu'il l'enrichit d'oxygène. Aussi la teinte vermeille des lividités cutanées et de toutes les parties des cadavres exposées directement à l'air froid n'a-t-elle aucune valeur pour diagnostiquer la mort par congélation. Il n'en est pas de même de la nuance claire du sang des organes internes, et notamment du sang du cœur, qui conserve toute son importance diagnostique. J. B.

Fall von Kohlenoxydvergiftung (Cas médico-légal d'intoxication par l'oxyde de carbone), par C. EMMERT (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 17, *p.* 526, 1er *septembre* 1887).

Un homme de 62 ans qui avait contracté une assurance sur la vie est trouvé, à midi, au mois de février, assis sans connaissance dans un cabinet d'aisances qui contenait un brasero, recouvert de cendres; il succombe le lendemain. A l'autopsie, pas de teinte anormale du sang, lequel traité par la soude ne donne qu'un résultat douteux. Congestion de la rate, des reins et des poumons. Dégénération graisseuse du foie. Hypertrophie du cœur. Hyperémie et œdème considérables des méninges et du cerveau, qui présente deux foyers de ramollissement au niveau de l'hémisphère droit, l'un sur le lobe postérieur, l'autre sur le lobe temporal; ces deux foyers, de couleur brun rougeâtre, ont l'étendue d'un thaler et pénétrent à un demi-centimètre de profondeur dans la substance corticale.

Les médecins concluent de l'autopsie que l'homme avait succombé à des lésions cérébrales, et non à un empoisonnement par l'oxyde de carbone. D'un autre côté, le médecin de la Compagnie d'assurances conclut à un suicide par la vapeur de charbon, en se basant sur les symptômes d'asphyxie qu'avait offert cet homme, sur la présence du brasero et sur l'absence de tous phénomènes convulsifs et paralytiques durant la vie.

En face de ces opinions contradictoires, C. Emmert fut appelé à donner son avis qu'il formula ainsi :

L'autopsie n'a pas révélé seulement une congestion encéphalique mais encore une hyperémie veineuse de tous les organes parenchymateux. Cette dernière lésion, jointe à l'état dans lequel on a trouvé l'homme, et à l'absence de tous symptômes de paralysie ou de contracture, vient à l'appui d'une asphyxie par l'oxyde de carbone. Le défaut de coloration rosée du sang n'exclut nullement cette intoxication car cette teinte anormale est très fugace, manque souvent, surtout quand il y a eu aspiration simultanée d'une certaine quantité d'acide carbonique et que la victime a vécu encore quelque temps à l'air pur; de plus, les circonstances dans lesquelles l'homme a été découvert sont aussi favorables à l'idée d'une intoxication par l'oxyde de carbone. Mais la présence du brasero dans le cabinet d'aisances n'autorise pas à conclure par elle seule à un suicide ; il peut y avoir eu mort accidentelle. Ici s'arrête le rôle de l'expert médical, car, pour trancher la question, il est nécessaire de faire une enquête afin de savoir en particulier si le brasero ne se trouvait pas déjà antérieurement dans le cabinet pour le chauffer et si l'homme était en partie déshabillé lorsqu'on l'a découvert assis sur le siège. Cette enquête faite ultérieurement confirma les présomptions de mort accidentelle.

Dans la discusssion, *de Giacomi* et *Sahli* citent chacun deux cas d'asphyxie par l'oxyde de carbone dans lesquels, malgré le transport immédiat des victimes à l'hôpital, ni le spectroscope ni l'analyse chimique du sang n'ont permis un diagnostic certain. J. B.

Ueber eine neue Blutprobe bei der Kohlenoxydvergiftung (Sur un nouveau procédé de démonstration de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone), par K. KATAYAMA (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIV*, *Heft* 1).

Ce procédé est basé sur la réaction suivante : le sang qui renferme de l'oxyde de carbone prend une coloration d'un beau rouge quand on y ajoute du sulfhydrate d'ammoniaque, ayant une couleur orangée et de l'acide acétique, tandis que le sang normal additionné des mêmes réactifs devient gris verdâtre ou gris rougeâtre.

On prépare ce sulfhydrate d'ammoniaque *de couleur orangée* en ajoutant à 100 grammes de sulfhydrate d'ammoniaque incolore $2^{gr},5$ de soufre purifié ; ou bien à 100 grammes de sufhydrate d'ammoniaque jaune, 2 grammes de soufre. C'est un sulfhydrate, très riche en polysulfites, qu'on peut encore obtenir en abandonnant à un repos prolongé du sulfhydrate d'ammoniaque ordinaire, sans y ajouter du soufre. L'acide acétique dont il convient de se servir est une solution aqueuse à 30 0/0 d'acide.

Selon la richesse du sang en oxyde de carbone, le sang prend une teinte variant du rouge cinabre au rose.

La sensibilité de ce procédé est telle qu'en mélangeant du sang contenant de l'oxyde de carbone avec du sang qui en est privé dans la proportion de 1 à 5 et même de 1 à 7, on obtient encore la réaction caractéristique. ED. RETTERER.

Zur Ætiologie der Gehirnerweichung nach Kohlendoxydvergiftung (Sur l'étiologie du ramollissement du cerveau à la suite de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone avec remarques sur les plaques jaunes, par R. POELCHEN (*Archiv f. pathol. Anat., Band CXII, Helt* 1).

L'auteur décrit l'état du cerveau d'un jeune homme de 21 ans, mort à la suite de l'empoisonnement par les vapeurs de charbon. La partie moyenne du noyau lenticulaire montre un foyer de ramollissement d'un demi-centimètre en moyenne de diamètre, s'étendant de l'extrémité antérieure de la capsule interne jusque vers la couche optique.

L'examen microscopique établit qu'outre le ramollissement, les artères des deux portions internes du noyau lenticulaire sont atteintes de dégénérescence graisseuse siègeant dans la tunique interne et la tunique musculaire. Cette dernière est athéromateuse sur les gros troncs. Ni la portion externe du noyau lenticulaire, ni les autres vaisseaux encéphaliques ne présentent rien de semblable. Un cas d'empoisonnement par le phosphore présente des lésions identiques : dégénérescence graisseuse et athérome des artères des deux portions internes du noyau lenticulaire. Le caractère commun de ces deux cas consiste donc dans une dégénérescence des vaisseaux allant dans cette partie du corps strié et commençant à un centimètre à partir de l'artére cérébrale moyenne.

L'auteur explique ces lésions de la façon suivante : l'oxyde de carbone qui circule avec le sang empêche les parois vasculaires de se nourrir, détermine leur dégénérescence et produit consécutivement le foyer de ramollissement. Les vaisseaux susmentionnés sont atteints, à l'exclusion des autres, en raison de leur longueur, de leur calibre excessivement étroit et de l'absence de vasa vasorum. Si l'action nocive du poison durait plus longtemps, d'autres territoires du cerveau seraient lésés, comme le prouve un certain nombre d'observations d'empoisonnement par le phosphore.

L'auteur insiste enfin sur l'importance des territoires vasculaires du cerveau et sur le mode de production des *plaques jaunes* (Charcot). La rupture des vaisseaux amène la dégénérescence des parois vasculaires ainsi que les plaques jaunes de la substance corticale. La substance blanche (centrale) dégénère en second lieu à la suite de l'ischémie, qui résulte de la lésion des vaisseaux et du traumatisme consécutif.

E. RETTERER.

Intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone, par BROUARDEL et Gabriel POUCHET (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XX*, 361, *octobre* 1888).

Dans la nuit du 26 au 27 janvier, deux hommes âgés, l'un de 18, l'autre de 32 ans, couchant dans la même chambre, sont empoisonnés ; le plus jeune succombe. L'examen spectroscopique, comme l'analyse chimique, révèle une intoxication par l'oxyde de carbone dont la présence put être encore révélée dans le sang du malade qui a survécu 60 heures après l'accident.

La chambre habitée par ces deux hommes, bien qu'au premier étage, se trouvait directement sous la toiture. Dans la boutique au-dessous, était un poêle Choubersky dont le tuyau débouchait dans le coffre de la cheminée de la pièce au-dessus. Cette nuit-là, le poêle, qui tirait mal, s'est éteint. Il y a eu donc refoulement des gaz de combustion.

L'analyse n'a révélé dans les gaz extraits du sang de l'individu qui a succombé que 2 0/0 d'oxyde de carbone, tandis que, dans les expériences de Gréhant, des chiens, dont les gaz extraits du sang renfermaient jusqu'à

10 0/0 d'oxyde de carbone, n'avaient pas succombé. Mais il existe une grande différence entre l'intoxication par un mélange d'air et d'oxyde de carbone (plus léger que l'air, densité 0,968), et l'empoisonnement par un mélange d'air avec une grande quantité d'acide carbonique uni à une petite quantité d'oxyde de carbone, tel que le mélange gazeux qui s'échappe des poêles à combustion lente et qui a une densité de 1,3 environ. Sous l'influence de l'acide carbonique en excès, l'absorption de l'oxygène par le sang est remarquablement moins forte, et, en vertu de ce ralentissement de l'hématose, la proportion d'oxyde de carbone qui peut se fixer sur les hématies diminue aussi dans une notable proportion. Dans ce cas, le phénomène est très complexe ; car, à l'action toxique propre de l'oxyde de carbone viennent se joindre l'obstacle apporté aux échanges gazeux par la présence de l'acide carbonique dans l'air inspiré et l'effet d'une atmosphère confinée. Il y a là à la fois intoxication et asphyxie. Et le rôle de l'asphyxie, bien que secondaire, n'est pas négligeable, car cette asphyxie empêche la lutte de l'organisme pour éliminer l'oxyde de carbone. Que ce soit par l'asphyxie que débute la série des accidents, le sujet pourra, grâce à elle, résister à l'action d'une atmosphère énergiquement toxique ; si c'est, au contraire, l'intoxication qui ouvre la scène, l'asphyxie interviendra pour déterminer la mort avant que l'empoisonnement ne soit accompli. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

A propos de la narcose par l'éther, par ROUX (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 78, *p.* 578, 15 *septembre* 1888).

Roux a pris, sans les choisir, une série de 119 opérés éthérisés dont il a examiné les urines avant la narcose, puis 1, 2, 3, 4 jours après et enfin au bout d'un certain temps. Aucun d'eux n'était brightique ; 4 malades seulement, sur les 119, présentèrent de l'albuminurie après l'éthérisation ; mais tous quatre en avaient auparavant. Un seul d'entre eux, une femme atteinte de cystite, a offert une augmentation très passagère de l'albuminurie. Une autre de ces 4 malades n'a pas eu d'albuminurie dans les éthérisations ultérieures.

Le temps écoulé, dès le commencement de l'éthérisation jusqu'à la résolution complète, a été, pour ces 119 malades, en moyenne de 4 minutes 2/3, au minimum 1 minute 1/2, au maximum 13 minutes.

La dose d'éther nécessaire a été en moyenne de 57 grammes, au minimum 20 grammes, au maximum 115 grammes. La durée de la narcose en moyenne 47 minutes, au minimum 2 minutes, au maximum 180 minutes. Roux n'a observé qu'une seule fois des accidents qui ont d'ailleurs cédé à la respiration artificielle.

En résumé, il a l'impression qu'on s'exagère beaucoup les dangers de l'éthérisation sur les reins. J. B.

De l'emploi du naphtol dans les pansements, par Jaques-L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande, VIII*, 656, *novembre* 1888).

1° *Napthol* β. Le naphtol β qui est inodore, a, en outre, l'avantage de coûter sept fois moins cher que l'iodoforme, et comme, d'après Bouchard, la dose antiseptique est trois fois moins forte, le même résultat peut être obtenu avec une dépense vingt et une fois moindre. Jusqu'ici Reverdin n'a employé le naphtol que pour saupoudrer les plaies le long de la ligne de réunion ou incorporé à la gaze comme agent protecteur. Le naphtol β n'a jamais donné lieu à aucune irritation de la peau. Les mains qui ont été en contact avec la solution alcoolique de naphtol, servant à préparer la gaze, deviennent, malgré le lavage immédiat, le siège d'une douleur assez vive persistant une demi-heure. Sur les plaies ouvertes ou granuleuses, le même phénomène se produit assez souvent. Jamais Reverdin n'a observé de phénomènes d'intoxication. Sur les 38 plaies accidentelles ou chirurgicales qui ont été pansées au naphtol β, 35 fois la réunion par première intention a été obtenue, dont 23 fois d'une façon absolue et immédiate.

2° *Naphtol* α. Employé de la même façon, soit sous forme de poudre, soit sous forme de gaze à 10 0/0 dans 7 plaies suturées. Jamais il n'y a eu suppuration, mais le naphtol α irrite la peau.

Les deux naphtols paraissent dessécher les plaies et retarder un peu la cicatrisation. J. B.

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène. — 3e partie. Antisepsie chirurgicale, par BARETTE. — 4e partie. Antisepsie obstétricale, par LEPAGE (*In*-8°, 505 *pages. Paris*, 1888).

Après un rapide historique et un exposé préliminaire des principes fondamentaux de la méthode antiseptique, Barette divise l'antisepsie en physique (asepsie) et en chimique.

Après trois chapitres consacrés aux procédés de désinfection des instruments et aux divers modes d'emploi des substances antiseptiques, est discuté le pansement des plaies en général, avec un paragraphe sur les complications, érysipèle, lymphangite, septicémie, etc. ; enfin le traitement de quelques affections communes à tous les tissus ; abcès, brûlures, ulcères, pustule maligne.

La série des chapitres suivants comprend l'application du traitement antiseptique dans les affections des différents tissus ou systèmes ; dans les grandes blessures des membres par armes à feu et les grandes opérations sur les membres ; dans la chirurgie du crâne et de la face, du cou, du thorax, de l'abdomen et des organes génito-urinaires.

Enfin un chapitre d'hygiène chirurgicale est consacré à l'étude des salles de chirurgie, du matériel des amphithéâtres d'opérations, etc.

— Dans la quatrième et dernière partie de l'ouvrage, Lepage a traité de l'antisepsie obstétricale en examinant successivement : l'accoucheur, les antiseptiques en obstétrique, l'antisepsie de l'arsenal obstétrical, les injections ; les chapitres suivants comprennent l'antisepsie à toutes les périodes de la grossesse, du travail ou des suites de couches, puis dans les complications qui peuvent survenir ; enfin l'antisepsie du nouveau-

né, de l'allaitement, et en dernier lieu l'hygiène et l'organisation des maternités.

C. WALTHER.

I. — Chirurgie du cerveau et de la moelle épinière, par William MAC EWEN (*Bull. méd., p.* 1055, 12 *août* 1888).

II. — A case of tumor of the cervical region of the spine. Operation and death, par James H. LLOYD et John DEAVER (*The Amer. journ. of the med. sc., p.* 564, *décembre* 1888).

III. — Two successful cases of brain surgery (Trépanation pour affections cérébrales), par C.B. NANCREDE (*Med. News*, 24 *novembre* 1888).

IV. — Un cas d'épilepsie localisée traitée avec succès par la trépanation et l'excision des centres moteurs, par J. LLOYD et J. DEAVER (*The Am. journ. of the med. sc., p.* 477, *novembre* 1888).

V. — Exploratory trephining and puncture of the brain, etc., etc. (Trépanation et ponction exploratrice du ventricule latéral du cerveau), par W. KEEN (*Med. News, p.* 603, 1er *décembre* 1888).

VI. — Note sur un cas de blessure de la tête par corps contondant datant de quatre ans ; accidents épileptiformes ; trépanation ; guérison, par GALVAN (*Gaz. méd. de Paris*, 29 *décembre* 1888).

VII. — Recherches sur la greffe osseuse après les trépanations du crâne, par MOSSÉ (*C. R. Soc. biologie*, 3 *novembre et Gaz. hebd. de méd*, 30 *nov.* 1888).

VIII. — De la trépanation par évulsion, par Am. TEXIER (*Thèse de Paris, n°* 60, 1888).

IX. — Note sur deux cas d'abcès du cerveau. Des abcès cérébraux, par SOUQUES (*Gaz. méd. de Paris*, 10 *novembre* 1888).

X. — On traumatic subdural, etc. (Abcès traumatique sous-duremérien du cerveau), par W. STOKES (*Annals of surgery, p.* 241, *octobre* 1888).

I. — La chirurgie des centres nerveux n'est devenue possible que depuis la connaissance des localisations cérébrales et la pratique de l'antisepsie.

Opérations sur le cerveau.—Ce chapitre est basé sur l'étude de 12 cas personnels. La sphère motrice du cerveau ne peut être enlevée sur une grande étendue sans conséquences fâcheuses; et cela était naturel à prévoir. Dans un abcès, on n'hésitera pas à inciser pour évacuer le pus par quelque moyen que ce soit, mais dans les cas d'épilepsie, il n'en est plus de même, et il faut savoir s'arrêter, et dans un cas de tumeur qui occupait les centres moteurs, les dimensions furent trouvées telles que Mac Ewen résolut de ne pas l'extirper, craignant de produire une hémiplégie beaucoup plus considérable.

Les lésions cérébrales suivies d'effusion plastique et de formation de cicatrices peuvent amener l'adhérence de la surface du cerveau aux méninges, si elles sont intactes, ou même si elles sont déchirées. Le cerveau perd alors sa mobilité et sa possibilité d'expansion. Le moindre effort physique peut provoquer du vertige; une irritation, des accès épileptiformes. Tant que la température du malade reste élevée et indique de l'encéphalite, il faut éviter toute intervention chirurgicale.

L'auteur, depuis 1873, a recours, après la trépanation, aux réimplan-

tations osseuses, après division, asepsie des fragments réunis en mosaïque. Ils reconstituent la paroi cranienne.

La percussion du crâne intact, dans les cas où les ventricules du cerveau sont distendus par du liquide, peut éclairer le diagnostic.

Autour des tumeurs cérébrales peut exister une zone d'encéphalite prenant les caractères du ramollissement rouge et donnant l'aspect d'une pseudo-encéphalocèle qui se forme au moment de l'incision de la dure-mère après la trépanation. Il faut craindre alors de voir l'intervention provoquer l'extension de ce ramollissement; on n'évitera ce danger que par la plus scrupuleuse antisepsie.

Sur 21 cas de lésions cérébrales opérées par Mac Ewen, il y eut 18 guérisons et 3 morts.

Opérations sur la moelle. — Depuis 1883, l'auteur a fait 6 opérations pour faire disparaître une paralysie due à l'incurvation angulaire du rachis. 4 opérés guérirent complètement; 2 succombèrent, l'un de tuberculose généralisée plusieurs mois après, l'autre quelques jours après; il avait été opéré dans un état désespéré. F. VERCHÈRE.

II. — Catherine W..., Allemande, âgée de 45 ans, quatre mois avant son entrée à l'hôpital, ressentit de violents maux de tête. Début de la paralysie par la jambe gauche, extension au bras du même côté. Jamais il n'y eut de trouble du côté de la face ni du côté de la langue.

Quelque temps avant l'apparition des troubles paralytiques, la malade avait remarqué une tumeur siégeant à la partie postérieure du cou et immédiatement à gauche de la ligne médiane.

A l'entrée, la paralysie persiste, le réflexe rotulien est exagéré des deux côtés, les muscles ne répondent pas à l'électricité. Nulle part on ne trouve d'anesthésie.

La tumeur du cou, examinée par le Dr Deaver, semble insérée sur le côté du canal rachidien, et les symptômes qu'elle détermine seraient des symptômes de compression.

L'opération fut faite le 17 juillet 1888. Incision longitudinale sur la ligne médiane, dissection des muscles, mise à jour des troisième et quatrième vertèbres cervicales; ablation des apophyses épineuses augmentées de volume au niveau de la tumeur et atteintes d'ostéite chronique. Adhérence avec la dure-mère épaissie. A travers la membrane on explore la région avec un stylet, on ne trouve au-dessous aucune lésion. La plaie est refermée.

Dès le second jour, la malade tombe dans le coma et meurt le 21 juillet, à 4 heures 30 du matin.

La mort doit être attribuée à une action inhibitive du phrénique.

La respiration avant l'opération était normale, et on doit penser que les troubles ont été amenés par l'exploration faite avec le stylet au fond de la plaie. L'auteur, dans un cas semblable, préférerait inciser la dure-mère et regarder.

L'examen de la moelle a été fait au-dessus, au niveau et au-dessous de la lésion. On trouva un épanchement sanguin de la moelle ayant amené une destruction plus ou moins étendue, suivant le niveau examiné, de la substance blanche et de la substance grise et des lésions de myélite ascendante et descendante. F. VERCHÈRE.

III. — 1° Homme de 53 ans, ayant reçu un coup de feu dans la région temporale droite. Pas de troubles cérébraux. Trépanation au point d'entrée de la balle, extraction d'esquilles de la table interne; la dure-mère est perforée et l'artère méningée moyenne blessée. Une sonde glissée sur le trajet de la balle va jusqu'à la base du crâne sans rencontrer le projectile. On laisse un

tube à drainage; pansement antiseptique. Guérison complète. Le malade sort après quatre semaines de séjour à l'hôpital.

2° Jeune homme de 27 ans. A l'âge de 9 ans reçoit sur la région pariétale gauche une pièce de bois qui le frappe avec tant de violence qu'il reste sans connaissance pendant trois heures. A partir de ce moment, convulsions épileptiques fréquentes (3 à 4 fois par jour dans les premiers temps). De 10 à 15 ans, 5 crises par semaine; de 15 à 20 ans, crises un peu moins fréquentes; dans les sept dernières années, leur nombre augmente, 1 par jour jusqu'à 40 à certains moments. Pas d'antécédents épileptiques dans la famille.

Le 7 mai 1888, ablation par Steinbach d'une rondelle d'un pouce d'os très épais. La pression sur la cicatrice ultérieure déterminant des accès, cette cicatrice fut excisée.

Le 3 août, Keen enlève de la plaie un fragment d'os nécrosé. Le 14 octobre, Nancrede, après avoir bien déterminé le point de départ de l'aura, pratique la trépanation. L'os est très épais. La dure-mère incisée, on trouve que les méninges sont très adhérentes aux deux tiers inférieurs de l'aire motrice. Le tissu cicatriciel est excisé et la scissure de Rolando mise à découvert. A l'aide d'un courant électrique, Morris Lewis chercha à déterminer le centre moteur du pouce, où se manifestaient les premiers signes de l'attaque. Le courant appliqué sur ce point déterminait aussitôt une flexion du pouce et une attaque épileptiforme. Dès que ce point fut bien déterminé, on enleva un demi-pouce de la circonvolution pariétale ascendante. Hémostase, lavage au sublimé; pansement antiseptique. Le malade se remit lentement du choc opératoire; il fallut user de la respiration artificielle, de lavements d'eau chaude, d'injections d'alcool. Au réveil, abolition des mouvements du pouce; les mouvements des autres doigts et des poignets sont affaiblis; paralysie faciale à droite, abolition de la mobilité de la langue à droite, aphasie presque totale.

Au cinquième jour, la parésie de la main et du poignet est devenue plus prononcée; mais cet état ne persiste que trente heures. L'aphasie, la paralysie faciale et linguale disparaissent.

Au vingtième jour, tous les mouvements de la main étaient revenus; le pouce seul restait faible, le malade ne pouvant boutonner son habit. A. C.

IV. — J. W. G., 35 ans. Pas d'antécédents syphilitiques. A l'âge de 15 ans, il reçut un coup de raquette sur la tête, perdit connaissance et dut garder le lit pendant huit jours. A l'âge de 14 ans était apparue une première attaque pendant son sommeil; G. s'était mordu la langue. Pendant les six ans qui suivirent sa blessure, il n'y eut aucune attaque. Peut-être passèrent-elles inaperçues pendant son sommeil. Neuf mois après la nouvelle rechute, il eut une attaque pendant le jour. Les accès, dès ce moment, augmentèrent en intensité et en fréquence; c'est alors qu'il fut admis à l'hôpital. L'attaque débute par un aura très sensible au niveau de la main gauche, puis le bras se met en extension; la sensation se fait sentir au niveau du cou, vers le côté gauche de la tête, puis les convulsions commencent.

Pensant que le point de départ de l'affection se trouve dans la région cérébrale, à l'union de la moitié et du tiers moyen de la frontale ascendante droite, peut-être aussi dans la partie correspondante de la pariétale ascendante du même côté, on propose l'intervention. L'opération fut faite le 12 juin par le Dr Deaver, avec l'assistance des Drs Mills, Dercum, de Schweinitz et W. White.

Une couronne de trépan fut appliquée en suivant les indications de Reid et Horsley, de façon à tomber au niveau du point indiqué. L'ouverture osseuse fut largement agrandie, surtout en avant. Rien d'anormal dans les méninges ni à la surface du cerveau. En électrisant le point sous-jacent de la scissure de Rolando, on peut produire des mouvements de la main, des doigts, du coude; on ne peut néanmoins affirmer que l'on est bien sur la

scissure de Rolando, si difficile à distinguer des autres scissures à travers un espace aussi restreint que celui donné par la trépanation. Quoi qu'il en soit, les mouvements provoqués sont bien ceux du début de l'attaque; un peu plus haut, on provoque des mouvements de la face, de la langue.

Le Dr Deaver excise alors 12 millimètres de substance cérébrale allant jusqu'à la substance blanche. Deux plus petites portions furent enlevées du centre moteur antérieur, en avant de la scissure. Aucune tumeur, ainsi qu'on s'y attendait, ne fut mise à nu par cette excision.

A la suite de l'opération, le malade présenta l'état suivant. L'œil gauche, pendant le sommeil, restait en partie ouvert. Les jambes remuaient à peine, mais ne furent jamais paralysées. Le bras gauche était en grande partie paralysé; de même le côté gauche de la face. Dès la première nuit apparurent quelques phénomènes convulsifs de la bouche attirée du côté gauche. Quelques convulsions semblables se montrèrent dans la main et l'avant-bras gauche. Ces symptômes durèrent six jours. Depuis le patient n'eut aucune convulsion.

Au cinquième jour, la paralysie du membre inférieur était encore sensible. Du sixième jusqu'au dix-huitième jour apparut du délire. A la fin de la cinquième semaine, tout était rentré dans l'ordre, et la puissance musculaire était en grande partie revenue. Le malade, revu et soigneusement examiné trois mois après son opération, est dans d'excellentes conditions et n'a vu reparaître aucun de ses anciens accès.

Les pièces examinées par Allen Smith montrent dans la partie de substance grise enlevée à la partie antérieure de la scissure de Rolando des cellules multipolaires en voie de dégénérescence avec les foyers de petites hémorragies. F. VERCHÈRE.

V.—Chez une jeune fille de 14 ans présentant des antécédents de scrofule, un écoulement purulent de l'oreille datant de plus de six mois existaient des vomissements sans efforts, manifestement cérébraux, une douleur fixe au niveau de l'oreille gauche, de l'aphasie incomplète, une paralysie de la sixième paire, une congestion de la papille plus marquée du côté gauche, un pouls normal, une température normale ou au-dessous de la normale; l'auteur élimina le diagnostic de méningite, d'abcès du cervelet ou du lobe frontal ou occipital, et pensa avoir affaire à une suppuration du lobe temporo-sphénoïdal. Il fit la trépanation, et fit six ponctions dans diverses directions sans pouvoir trouver de pus. La malade supporta très bien l'intervention pendant les quatre premiers jours; il se produisit même une certaine amélioration, mais la mort eut lieu le cinquième jour.

A l'autopsie, on trouva un épanchement abondant dans les ventricules qui n'avaient pas été ponctionnés. Aussi l'auteur conseille comme une méthode à suivre de ponctionner de parti pris les ventricules, et de l'ériger en principe.

D'après les recherches de l'auteur et de J. Taylor, la ponction des ventricules est possible en évitant les zones motrices, le voisinage de la scissure de Sylvius, les vaisseaux artériels de la base de l'encéphale et les centres de la sensibilité.

Pour atteindre ce résultat, trois chemins peuvent être suivis :

1° Appliquer le trépan à moitié distance entre la protubérance occipitale externe et la partie supérieure de la scissure de Rolando, à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane. La ponction passera à travers le prœcuneus, et le ventricule sera atteint vers sa partie postérieure;

2° Appliquer le trépan à un tiers de la distance qui sépare la glabelle de la terminaison supérieure de la scissure de Rolando et à un travers de doigt sur le côté de la ligne médiane. La ponction traversera la première frontale et atteindra la corne antérieure du ventricule;

3° Appliquer le trépan à deux travers de doigt en arrière du conduit

auditif et à deux travers de doigt de la ligne inférieure de Reid. La ponction traversera la seconde circonvolution temporo-sphénoïdale et atteindra le ventricule vers sa partie antérieure ou au niveau de l'origine de sa corne inférieure.

La voie postérieure donne un drainage plus favorable, mais celui-ci n'est pas toujours absolument nécessaire; elle évite le cunéus et les dangers de l'hémianopsie.

La voie antérieure a deux inconvénients, une cicatrice au niveau de la partie antérieure du crâne et la difficulté de diriger la ponction dans la profondeur sans atteindre le corps strié. Comme avantages, on évite le sinus frontal, on ne blesse aucun centre connu, et si l'évacuation et le drainage sont nécessaires, ils sont facilement établis.

La voie latérale permet d'explorer le lobe temporo-sphénoïdal et les ventricules latéraux. Les deux explorations peuvent être faites par la même couronne de trépan. C'est à cette voie que l'auteur donne la préférence. F. VERCHÈRE.

VI. — Il s'agit d'un jeune étudiant de 22 ans, qui, à la suite d'un coup de pierre sur la région pariétale gauche, fut atteint d'hémiplégie et de convulsions épileptiformes; ces accidents cessèrent après la formation d'un abcès, dont l'ouverture donna issue à du pus et à des fragments osseux. Pendant deux ans, le malade ne ressentit que de l'engourdissement et de la faiblesse du côté droit du corps avec des éblouissements, des vertiges et de la céphalalgie de temps en temps ,puis, la cicatrice s'étant rompue, de nouvelles esquilles osseuses s'éliminèrent à plusieurs reprises après quelques attaques épileptiformes. Ces dernières se reproduisant de nouveau, à intervalles irréguliers, trois couronnes de trépan furent appliquées sur le pariétal ; les rondelles furent détachées de la dure-mère, à laquelle elles adhéraient, et aucune autre adhérence n'ayant été constatée, la plaie drainée et pansée antiseptiquement guérit sans complications. Un mois après l'opération aucune attaque ne s'était montrée. OZENNE.

VII. — Des expériences sur la greffe osseuse ont été faites par Mossé sur le lapin, le chien et le singe. Elles peuvent être disposées en trois séries de la façon suivante : réimplantation de la rondelle enlevée, transplantation sur un autre animal de même espèce, transplantation sur un animal d'espèce différente.

M... a fait 4 fois (3 lapins, 1 chien) la réimplantation de la rondelle enlevée ; elle s'est produite trois fois sans déterminer aucun accident ; deux animaux sont morts, mais non pas de l'opération ou de ses suites. Cette première série d'expériences confirme donc les quelques faits publiés par Merrem, Walther, Heine, Flourens et Ollier.

Pour les expériences de transplantation de la rondelle sur deux animaux de même espèce on s'est servi de 6 lapins, sur lesquels on a obtenu d'excellents résultats ; ils ont été d'autant plus beaux et plus rapides que les animaux étaient plus jeunes et de la même portée. Enfin une autre expérience a consisté à trépaner une chienne et une guenon et à faire la transplantation ; l'opération a parfaitement réussi. En résumé, la greffe osseuse, tentée par divers procédés, n'a produit, dans aucune de ces expériences, d'accidents qui lui soient directement imputables ; aussi nous paraît-elle digne d'attirer l'attention du chirurgien. OZENNE.

VIII. — La trépanation par évulsion, faite d'après les principes de J. Roux, est très simple : elle se distingue par ce fait que les dents de

la couronne restent éloignées des organes encéphaliques par la table interne. Comme celle-ci est arrachée, éclatée par l'ablation de la rondelle osseuse au moyen d'un levier, pied de biche prenant point d'appui sur les bords de la solution de continuité osseuse, peut-être la trépanation par évulsion mériterait-elle plutôt le nom de trépanation par éclatement. F. VERCHÈRE.

IX. — Dans un cas, il s'agit d'une femme de 36 ans qui, en 1877, après avoir reçu trois coups de hache à la tête, présente de la paralysie faciale droite et de l'hémiplégie gauche. Plus tard apparaissent des accès d'épilepsie jacksonnienne qui se sont renouvelés depuis tous les ans. Actuellement, outre la paralysie, la malade est atteinte de céphalalgie, de vomissements. Mort après une période de coma. A l'autopsie, on note une fracture de la voûte du crâne dans la région fronto-temporale, et au niveau de la région motrice du côté droit, un abcès entouré d'encéphalite.

Le deuxième malade est un homme de 33 ans, qui meurt dans le coma peu de temps après son arrivée à l'hôpital.

L'autopsie révèle, à l'extrémité antérieure du lobe frontal gauche, l'existence d'un foyer purulent, de la grosseur d'une pomme d'api.

A l'occasion de ces deux faits, Souques donne un rapide historique de la question des abcès cérébraux. Rejetant les abcès idiopathiques, il n'admet que ceux qui sont de cause générale, traumatiques ou dus à des suppurations des os du crâne et de l'oreille moyenne. Il passe en revue les signes, qui sont de trois ordres : signes de suppuration ; signes dus à l'excès de pression intra-crânienne, et enfin signes résultant des localisations cérébrales. Quelques lignes sur le diagnostic conduisent au traitement qui consiste dans la trépanation. OZENNE.

X. — J. Brophy, 24 ans, reçoit fin juin 1887 un fort coup sur la tête : plaie légère. Le 17 juillet, il est pris de vomissements qui durent une semaine : en même temps gêne extrême pour parler. Survinrent de l'incontinence d'urine, de la paralysie des extrémités, puis des convulsions du côté droit. Le 31 juillet, on trépane au point contusionné. La dure-mère découverte, il ne paraissait point de pus : une ponction profonde en ayant amené, l'abcès est ouvert au bistouri, vidé, lavé à l'acide phénique (1/100) et drainé. Le trépan portait à un pouce en avant de la suture coronale, entre la première et deuxième frontale. L'abcès paraissait siéger dans le ventricule latéral, en dedans de la circonvolution de Broca.

Amélioration rapide, guérison le treizième jour. Le patient reprenait son métier de plâtrier un mois et demi après.

Neuf mois après, J. B. était trouvé un matin, dans son lit, en état d'insensibilité complète : hémiplégie droite, abolition des réflexes plantaires et rotuliens : mouvements convulsifs fréquents.

Au point déjà opéré, on pratique une nouvelle trépanation. La dure-mère incisée, il s'écoule du sérum sanguinolent.

Une ponction profonde donna issue à une quantité considérable de liquide séreux et sanguinolent. Malgré une légère amélioration momentanée, le patient succombait le lendemain matin. MAUBRAC.

Ueber Knochentransplantation, par ADAMKIEWICZ (*Wiener med. Blätter, n° 1, p. 3, 3 janvier* 1889).

L'auteur a été conduit par ses recherches sur la compression cérébrale à faire de nombreuses trépanations sur les animaux. Il a remis en place la rondelle osseuse en suturant au-dessus d'elle le périoste et la

peau. Déjà, dans ses premières recherches, il a pu voir que les fragments ainsi réimplantés arrivaient à se consolider.

De nouvelles expériences lui permettent d'arriver, pour le lapin, du moins, aux conclusions suivantes :

1° Des fragments arrondis de 6 à 9 millimètres de diamètre se consolident quand toutes les précautions antiseptiques ont été prises.

2° Le temps nécessaire pour la consolidation paraît être de 4 à 6 semaines.

3° On peut laisser pendant quelque temps le fragment à réimplanter à l'air, ou dans une solution phéniquée à 2 ou 3 0/0, sans inconvénient.

4° Même des fragments plus gros de plus d'un centimètre de longueur et d'une largeur correspondante peuvent reprendre, avec des bords irréguliers, quand les conditions d'antiseptie sont remplies.

5° On peut transplanter des fragments semblables d'un animal sur un autre.

6° Il est nécessaire pour que la consolidation osseuse se produise que les 2 fragments soient exactement en contact, car s'ils ne sont pas au même niveau il n'y a pas une consolidation osseuse, mais seulement un pont fibreux entre les deux. E. KIRMISSON.

I. — Zur operativen Behandlung der Hirn-und Rückenmarksbrüche (Du traitement chirurgical des hernies cérébrales et médullaires), par HILDEBRAND (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXVIII, p.* 458).

II. — Geheilter Hirnabscess (Guérison opératoire d'abcès cérébral), par von BERGMANN (*Berlin. klin. Woch., n°* 52, *p.* 1054, 24 *décembre* 1888).

III. — Cerebral abscess as a sequel of compound fracture of the skull (Abcès du cerveau consécutif à une fracture compliquée du crâne), par ROCKWELL (*N. York med. journ., p.* 565, 24 *novembre* 1888).

IV. — Emphysem bei Fractur des Felsenbeins und Rindenverletzung (Emphysème dans un cas de fracture du rocher avec lésion corticale), par VOSS (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXVIII, p.* 231.

V. — Tuberculous tumour compressing the spinal cord, operation, recovery, par ABBE (*N. York med. journ., p.* 584, 24 *novembre* 1888 *et* 1er *février* 1889).

I. — L'auteur publie huit intéressantes observations d'encéphalo-méningocèle ou de spina bifida opérées par Kœnig.

1° Pour la hernie cérébrale, Hildebrand conseille, si la tumeur ne renferme que du liquide, d'extirper le sac et de suturer la plaie; si elle renferme une portion du cerveau et si cette portion est réductible sans accidents, de réduire l'encéphalocèle, de traiter le sac comme précédemment et de faire porter un bandage compressif; si elle renferme une portion de cerveau peu considérable mais irréductible, de réséquer le tissu nerveux et extirper le sac; si enfin l'encéphalocèle est trop volumineuse, de refermer la plaie sans intervenir. — La résection du cerveau hernié est une opération que justifient des succès isolés, et ces succès s'expliquent parce que la partie herniée, anémiée et modifiée par la compression du liquide herniaire, est généralement dépourvue de fonctions importantes ou est incapable de fonctionner. — Cependant les trois enfants opérés par Kœnig ont succombé tous les trois ; le premier

cas concernait un enfant de 5 semaines, porteur d'une méningocèle pure de la région occipitale presque de la même grosseur que la tête elle-même; l'enfant survécut 14 jours à l'opération et succomba à la septicémie. Le second concernait un enfant de 14 jours, porteur d'une encéphalocèle naso-frontale du volume du poing; on constata après l'incision du sac que la tumeur était complexe et se composait, outre une portion du cerveau et le liquide habituel, d'un gliome télangiectasique développé aux dépens des méninges herniées, mais ce gliome avait été pris pour le cerveau (on s'abstint d'y toucher; mort le huitième jour, septicémie). Enfin le troisième cas est celui d'une encéphalocèle occipitale chez un enfant de 11 jours; la tumeur était plus grosse que la tête de l'enfant et renfermait une portion du cerveau qui fut réséquée; mort le lendemain avec des phénomènes convulsifs.

2° Pour le spina bifida, on procédera comme pour la hernie cérébrale, en ayant soin toutefois de réduire soigneusement, après les avoir dégagés, les cordons médullaires qui peuvent se trouver dans le sac. — Des cinq opérés par cette méthode, trois ont succombé les deux guérisons comprennent : un enfant de 3 jours, porteur d'une myélo-méningocèle de la région lombo-sacrée, opéré par Kœnig; cet enfant est aujourd'hui âgé de 7 ans; un enfant de 5 mois, porteur d'une myélo-méningocèle lombaire et opéré par Rosenbach; cet enfant est aujourd'hui âgé de 5 ans. Dans les deux cas, la guérison a été parfaite. DE SANTI.

II. — Von Bergmann présente un homme de 29 ans auquel, il y a 8 semaines, il a fait la trépanation du crâne pour un abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutif à une otorrhée droite datant de 11 ans. Depuis quelques semaines seulement, sans que la suppuration de l'oreille eût subi de modifications, il éprouvait du malaise, de l'inappétence et autres troubles digestifs, de la céphalalgie, un ralentissement du pouls coïncidant avec des frissons et de la fièvre le soir. Il existait en même temps un peu d'affaiblissement de la sensibilité et de la motilité des membres droits et une légère parésie du facial droit, mais pas de surdité du côté gauche. Bergmann ayant diagnostiqué un abcès du lobe temporal appliqua une couronne de trépan à la rencontre de deux lignes, tirées l'une tangentiellement au bord postérieur du pavillon auriculaire, l'autre au niveau du bord supérieur de ce pavillon. Après avoir incisé la dure-mère, il plongea son bistouri dans la substance cérébrale à la profondeur d'un demi-centimètre, sans rencontrer d'abord de pus. Mais la troisième incision donna issue à une grande quantité de pus très fétide, verdâtre, ne contenant pas de parcelles caséeuses; puis il introduisit un drain. Guérison parfaite avec disparition immédiate de la fièvre des paralysies et de la céphalalgie et diminution considérable de l'otorrhée.

Von Bergmann, au lieu de ponctionner le cerveau, l'incisa légèrement, car la ponction simple l'a trompé deux fois. Dans le premier cas, où il s'agissait d'un abcès du lobe frontal très volumineux, ce dernier, qui lui avait échappé, se vida dès le lendemain par l'ouverture de ponction. Dans le second cas, la mort du malade fit connaître que malgré la ponction négative, il existait bien un accès du cervelet comme Bergmann l'avait admis.

J. B.

III. — Un enfant de 6 ans est renversé par une locomotive et demeure plusieurs heures sans connaissance. Fracture compliquée du temporal droit intéressant les parties adjacentes du sphénoïde et du pariétal; autre fracture de la partie inférieure du pariétal. On enlève quelques fragments : pansement antiseptique, drainage après suture des lambeaux cutanés.

Le troisième jour, céphalalgie violente. Température ; 104° F, pulsation :

144 ; respir. : 32. Le quatrième jour (1er novembre), la température s'abaisse à 99°,5 ; l'intelligence est nette ; à partir de ce moment, l'état est bon, la plaie se ferme, mais il persiste un petit trajet fistuleux.

Le 3 décembre, 37 jours après l'accident, convulsions limitées aux membres gauches, fièvre vive. Les convulsions se renouvellent le 13 ; pour la première fois, le malade vomit ; nouvel accès le 18. L'auteur conseille d'explorer le trajet fistuleux.

Le 20, incision au niveau de la région pariétale antérieure. On trouve la portion écailleuse du temporal déprimée comme par un coup de marteau ; la dure-mère se montre épaissie et enflammée au fond de la plaie ; on l'incise. Une aiguille, introduite à la profondeur d'un pouce, fait sortir 3 onces de pus d'une cavité grande comme un œuf de poule. Irrigation au sublimé, drainage ; en quelques heures, la température s'abaisse au degré normal. L'opéré sort au bout de 14 jours.

Six mois plus tard, l'auteur constate que la santé de l'enfant est parfaite. Le tissu de cicatrice est solide. L. GALLIARD.

IV. — La pneumatocèle crânienne a été l'objet de nombreux travaux, mais s'observe très rarement comme complication des fractures du crâne. Bergmann n'en rapporte qu'une seule observation due à Chevance (1852). L'auteur en a cependant vu un cas à l'hôpital de Riga.

Il s'agit d'une femme, dont l'âge n'est pas indiqué, qui, en 1882, tomba d'un échafaudage de la hauteur d'un troisième étage sur du sable mou. Elle ne perdit pas connaissance et fut apportée à l'hôpital une heure et demie après l'accident. On constata alors, avec quelques phénomènes cérébraux peu intenses, abrutissement, douleur de tête, vomissements et hémiplégie incomplète du côté droit, un emphysème sous-cutané de trois travers de doigt de largeur environ, s'étendant de la base de l'apophyse mastoïde droite au-dessous du méat auditif, au bord supérieur de l'arcade zygomatique. La pression autour de l'oreille droite et sur l'apophyse mastoïde était très douloureuse. Rien aux paupières, pas d'ecchymose, ni d'hémorragie, ni d'écoulement de liquide par l'oreille ; intégrité complète du tympan, mais diminution légère de l'ouïe du côté droit. Contusion de la dixième côte gauche. Au bout de deux jours, l'emphysème avait disparu, ainsi que la dysécie, mais on constatait une paralysie faciale incomplète avec diplopie et amblyopie légère du côté droit. L'examen ophtalmoscopique fit découvrir le vingtième jour un exsudat péripapillaire du même côté. Les phénomènes hémiplégiques disparurent rapidement, et la malade quitta l'hôpital le vingt-quatrième jour, en conservant seulement une paralysie faciale et une faible amblyopie.

L'auteur pense que la patiente était atteinte d'une double lésion, une fracture de l'apophyse mastoïde droite et une lésion corticale (éphanchement sanguin) de la région du pli courbe gauche. Il cite une seconde observation moins intéressante de fracture avec hémiplégie faciale partielle. DE SANTI.

V. — Un Suédois, de 31 ans, éprouve depuis le mois de janvier 1888 de la douleur au niveau des 7e et 10e vertèbres dorsales ; un médecin pense au mal de Pott. Au bout de quelque temps, tuméfaction appréciable, anesthésie des membres inférieurs et paraplégie ; pas de troubles vésico-rectaux. Au mois de mai, douleurs en ceinture, aggravation des symptômes spinaux. La ponction fournit du pus.

Le 29 mai, incision de six pouces au côté gauche du rachis, allant de la 6e vertèbre dorsale à la 12e. Les lames et les apophyses épineuses des 8e, 9e et 10e dorsales, atteintes de carie, sont enlevées, et l'on découvre une masse de tissu conjonctif épais comprimant la moelle contre la paroi antérieure du canal vertébral. On l'extirpe. Les corps vertébraux sont recouverts de pé-

rioste sain, bien que le pus ait fusé jusqu'aux corps vertébraux et le long de la 10e côte.

Tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée après contre-ouverture au côté droit et drainage. Injection au sublimé.

Le 8 juin, la sensibilité reparaît aux membres supérieurs ; le 25, il commence à les mouvoir.

En septembre, il marche avec des béquilles. L'amélioration va progressant. L'état général est très bon.

Dans le second cas, une névrite ascendante, partie d'une affection osseuse de la main, avait gagné le nerf cubital. Les douleurs étaient violentes et n'avaient cédé à aucun traitement, y compris l'élongation du nerf. Enfin l'amputation du bras avait été pratiquée à un niveau élevé, mais la douleur n'avait pas été modifiée. Tout d'abord l'auteur mit à nu la dure-mère et sectionna les 6e et 7e nerfs cervicaux du côté droit; mais la douleur reparut. Il ouvrit alors la dure-mère et sectionna les racines postérieures des 7e et 8e nerfs dorsaux. On constata que le moindre attouchement des cordons postérieurs causait une vive douleur dans toute la partie du corps située au-dessous des nerfs sectionnés. Après l'opération, les douleurs furent très amoindries, au point qu'on put abandonner la morphine. Au microscope, des exsudats inflammatoires furent trouvés dans les racines excisées.

E. KIRMISSON.

De la paralysie faciale dans les fractures du rocher, par DEMOULIN (*Gaz. méd. de Paris, juillet* 1888).

D'une étude critique sur la paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher, dont Demoulin a recueilli huit observations, sont tirées les conclusions suivantes :

Cette paralysie doit être rapportée à la compression du nerf par le gonflement du périoste, qui tapisse l'aqueduc de Fallope, au moment du travail de réparation. Il faut tenir compte aussi de l'augmentation de volume du nerf lui-même, occasionnée par sa congestion. Cette paralysie tardive, qui est toujours flasque, est d'un pronostic favorable, et elle permet d'affirmer un diagnostic lorsque l'on est resté dans l'incertitude.

OZENNE.

I. — Varices des nerfs. Présentation de pièces, par QUÉNU (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, 119-120, 1888).

II. — De la névrite sciatique chez les variqueux, par QUÉNU (*Ibid.*, *p.* 130-141).

III. — *Idem*, **par VERNEUIL** (*Ibid.*, *p.* 150-152).

IV. — Verschwärungsvorgänge nach Nervendurchscheidung (Ulcérations à la suite des sections de nerfs), par R. ARNDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 29, *p.* 591, 1888).

V. — Spasmodic torticolis succesfully treated by stretching the spinal accessory nerve, par Frederick PAGE (*Brit. med. journ.*, *p.* 245, *février* 1888).

VI.— Spasmodic torticolis cases, par DERCUM (*Philad. med. Soc.*, 22 *octobre* 1888).

I et II. — 1° Il peut survenir chez les variqueux une variété de sciatique que ses caractères cliniques rapprochent de la névrite sciatique décrite par Lasègue et Landouzy ; cette névrite sciatique est engendrée

par les varices et semble s'étendre lentement de bas en haut, du nerf tibial postérieur au nerf poplité, puis au sciatique fémoral.

2° Une simple gêne dans la circulation veineuse du nerf peut aboutir à un moment donné à une dilatation persistante de ses veines, capable elle-même d'engendrer une névrite interstitielle à marche ascendante.

3° L'état du système nerveux périphérique domine toute l'histoire des troubles fonctionnels des varices, de même qu'il régit l'apparition des différentes lésions cutanées, depuis le simple érythème jusqu'à l'ulcère variqueux.

4° En présence d'un malade atteint de sciatique, il faut toujours s'enquérir, même en l'absence de varices des veines saphènes, de l'état des veines profondes ; inversement, en présence de varices anciennes, il faut rechercher s'il existe à la pression des points douloureux sur le trajet du sciatique ; si, en effet, dans le premier cas, il s'agit d'une sciatique d'origine variqueuse, il y a des chances pour que l'usage d'un bandage élastique remontant jusqu'au pli de l'aine soulage mieux le malade que tous les révulsifs et les moyens médicaux généralement employés.

Dans le second cas, si le sciatique est douloureux à la pression, n'existât-il pas de douleurs spontanées, il y a tout intérêt à prévenir l'aggravation et l'extension du processus inflammatoire ascendant en faisant porter un bandage approprié.

Dans les deux cas et d'une façon plus générale, il y a tout avantage à conseiller aux variqueux l'usage précoce de bandages élastiques remontant jusqu'au haut de la cuisse.

III. — Verneuil confirme les idées défendues par Quénu.

MAURICE HACHE.

IV. — Un adulte s'est fait, le 6 mai, à la face antérieure de l'avant-bras gauche, une section intéressant les deux artères, tous les tendons et les nerfs. Les sutures ont été pratiquées très habilement; la guérison était en bonne voie quand le 22 mai, dans une chute, les parties cicatrisées cédèrent; la réunion fut donc incomplète. Anesthésie de la paume de la main.

Vers le 15 juin, ulcération de la paume de la main, grande comme une pièce d'un franc ; sur deux points voisins l'épiderme se soulève ; on trouve au-dessous des surfaces suppurantes ; pansement à l'iodoforme. Pendant que la plaie de l'avant-bras se cicatrisait, les ulcérations de la paume de la main s'étendaient en surface et en profondeur. Vers le 22 juin elles furent guéries.

On ne peut invoquer comme cause la pression du pansement sur la paume de la main, mais l'absence d'influx nerveux. L. GALLIARD.

V. — Un garçon de 24 ans tombe lourdement sur le dos, en se tordant brusquement le cou latéralement. Symptômes de commotion spinale, paraplégie momentanée des quatre membres, persistant quinze jours pour les membres supérieurs, intelligence intacte. Quatre mois après, nouvelle chute, accompagnée également de torsion du cou ; contracture du sternomastoïdien et du trapèze du côté droit, se transformant, sous le moindre attouchement, en spasmes cloniques très douloureux. Ces symptômes durent six mois, et résistent à toutes les médications. L'auteur met à nu le spinal, et l'élonge au moyen d'un fil d'argent passé au-dessous du nerf. Les contractures cessent, et les spasmes disparaissent progressivement. Le malade est guéri depuis plusieurs mois. H. R.

VI. — Dercum rapporte trois cas de torticolis pour lesquels Agnew et Ashhurst pratiquèrent la résection du nerf spinal. Insuccès. A. C.

I. — **Section du nerf médian du côté droit. Suture secondaire, par DEMARS** (*C. R. Soc. Biologie*, 3 *mars* 1888).

II. — **Explication du retour, quelquefois si rapide, de la sensibilité et du mouvement volontaire après la suture des bouts d'un nerf coupé, par BROWN-SÉQUARD** (*C. R. Soc. Biologie*, 10 *mars* 1888).

III. — **Observations sur la précédente communication, par CHAUVEAU** (*C. R. Soc. Biologie*, 10 *mars* 1888).

IV. — **Observations sur la suture d'un nerf coupé, par LABORDE** (*C. R. Soc. Biologie*, 10 *mars* 1888).

V. — **Observation de suture secondaire du nerf radial suivie de restauration fonctionnelle, par EHRMANN** (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *juillet* 1888).

VI. — **Découverte du radial dans l'aisselle, par LEPRÉVOST** (*IIIe Congr. franç. de chir.*, 1888).

VII. — **Resection des Nervus buccinatorius, par O. ZUCKERKANDL** (*Wiener klinische Wochenschrift*, *n°* 16, *p.* 341, 1888).

VIII. — **Ueber Trigeminusresektion am Foramen ovale (Résection du trijumeau au niveau du trou ovale), par F. SALZER** (*XVIIe Congr. des chir. allem. Cent. f. Chirurg.*, *n°* 24, *p.* 37, 1888).

IX. — **Die Nervendehnung zur operativen Heilung von Substanzverlusten am Nerven (L'élongation pour le traitement des pertes de substance des nerfs), par M. SCHÜLLER** (*Wien. med. Presse*, *n°* 5, *p.* 145, 1888).

I. — Demars rapporte l'histoire d'un malade chez lequel Tillaux avait suturé les deux bouts séparés du nerf médian. La sensibilité et le mouvement reparurent très rapidement. Mais quelques mois après sa guérison, le malade tomba et eut son bras comprimé entre le sol et son corps ; on constata alors la réapparition d'un certain degré de paralysie et d'anesthésie. Tillaux mit à nu la cicatrice nerveuse qui ne sembla en rien avoir été lésée, puis referma et draina la plaie. Deux heures après l'incision, la paralysie et l'anesthésie avaient disparu.

II. — Brown-Séquard interprète ces faits en disant que ce n'est pas à la réunion d'un bout mort de nerf à un bout vivant qu'il faut attribuer le retour des propriétés et fonctions perdues, mais bien à une augmentation de puissance des filets nerveux supplémentaires et complémentaires de ceux qui ont été sectionnés. Ce n'est pas la réunion des bouts coupés qui détermine, dans les cas de suture, le retour des fonctions perdues, mais bien l'irritation que cause l'opération. Chaque muscle et chaque partie de la main et de l'avant-bras reçoivent des ramifications de plusieurs nerfs : l'irritation due à la suture ou à l'incision provoque la dynamogénie des nerfs complémentaires.

III. — Chauveau rappelle à ce sujet les recherches d'Arloing et Tripier sur la sensibilité récurrente, puis les expériences de Magnien sur la réunion immédiate des nerfs et la récupération de leurs fonctions.

IV. — Laborde croit que les phénomènes de récurrence jouent un rôle fondamental dans le retour des fonctions dans le territoire d'un nerf suturé.

PAUL LOYE.

V. — P..., âgé de 20 ans, reçoit en 1885 au côté externe du bras gauche un coup de couteau qui atteint le nerf radial ; il n'y eut pas immédiatement

de paralysie des extenseurs ; ce ne fut que trois semaines plus tard qu'elle apparut subitement à la suite d'un effort. La sensibilité ne fut que diminuée sept mois ensuite, à cause de l'abolition des mouvements de supination et d'extension de la main et des doigts et de l'absence de toute réaction électro-musculaire ; on met à nu le nerf radial à son émergence de la gouttière de torsion de l'humérus. Le bout central est facile à découvrir ; quant au bout périphérique, il est perdu dans une masse inodulaire et situé à près de 2 centimètres du niveau au-dessus et en dehors du bout central. Les deux bouts sont mis en rapport et suturés avec du catgut. Légère suppuration qui retarde de quatre semaines la cicatrisation ; aucun résultat favorable malgré des séances d'électrisation.

Six mois plus tard, le malade subit une seconde opération, pratiquée par Socin qui reconnaît, la cicatrice étant incisée, que la continuité du nerf est parfaite, mais qu'il présente un renflement fusiforme, au-dessous duquel son calibre, notablement rétréci, est comme étranglé dans une gangue inodulaire de formation nouvelle. Le nerf est dégagé, et soumis au-dessus du renflement à l'action d'un courant d'induction faible, il provoque la contraction des muscles extenseurs. Dans les jours qui suivent on commence des séances d'électrisation, et à partir du septième jour les mouvements de la main et du poignet reviennent peu à peu, mais une année entière s'écoule avant que l'extension et l'abduction du pouce soient redevenues entières. La guérison est alors parfaite. OZENNE.

VI. — Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, à la suite d'une blessure par arme à feu, fut atteint d'une pseudarthrose de l'humérus gauche et d'une paralysie radiale. La pseudarthrose fut guérie par l'avivement et la suture des fragments osseux. Mais le bout central du radial n'ayant pu être retrouvé au niveau de la fracture, l'auteur le rechercha dans l'aisselle, et de là le suivit jusqu'à son implantation sur la face interne du col. La suture nerveuse fut pratiquée, et le lendemain de l'opération la zone anesthésiée du radial avait recouvré une partie de sa sensibilité. Le procédé opératoire a été le suivant : incision de la peau et de l'aponévrose parallèlement au bord postérieur du creux de l'aisselle, depuis son milieu jusqu'à la face interne du bras. Découverte des tendons réunis des muscles grand rond et grand dorsal. Division sur le point le plus déclive de la gaine celluleuse du paquet vasculo-nerveux. Isolement du premier nerf qui se présente ; c'est le radial que l'on poursuit, s'il y a lieu, dans la gouttière de torsion, après avoir chargé sur un écarteur et isolé le reste du paquet vasculo-nerveux. OZENNE.

VII. — Femme de 66 ans entrée à l'hôpital le 8 mars 1888 pour des névralgies de la moitié droite de la face durant depuis cinq ans. La malade ne pouvait préciser exactement le siège des douleurs, mais elle accusait une sensibilité vive à la pression sur le trou sous-orbitaire. Les divers traitements, injection sous-cutanée d'antipyrine entre autres, ayant échoué, on pratique le 20 mars, pendant le sommeil chloroformique, la section du nerf sous-orbitaire à son point d'émergence. La plaie fut complètement réunie au bout de huit jours, mais le résultat curatif fut nul. La malade, qui avait quitté l'hôpital, y rentra le 19 avril, se plaignant de douleurs continues entre l'angle de la bouche et le bord du muscle masséter droit ; elle indique qu'au moment des crises il se produit un peu d'élévation de l'angle buccal et que la douleur siège plutôt dans la partie interne des joues, c'est-à-dire sur la muqueuse. La résection des buccinateurs est alors proposée et pratiquée le 24 avril dans les conditions suivantes : incision transversale à un centimètre et demi au-dessous du bord inférieur de l'os malaire, allant du tragus vers le milieu du sillon naso-labial, de sorte qu'un tiers de l'incision cutanée porte sur le masséter et les deux tiers sur la joue. Dès que la peau est sectionnée, on reconnaît le canal de Sténon qui, au moyen d'un crochet mousse, est récliné

en bas ainsi que la branche de la sixième paire qui l'accompagne, et on fend l'aponévrose masséterine qui forme le plancher de la plaie. Le tissu cellulo-adipeux de la loge apparaît et est extrait aisément et sans hémorragie notable; on découvre alors, derrière le bord antérieur du masséter fortement récliné au moyen d'un crochet mousse, l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur avec la portion inférieure épanouie du tendon du muscle temporal. Le nerf buccinateur, entouré de tissu cellulo-adipeux lâche, repose sur le bord interne de ce tendon auquel il adhère légèrement. Il est isolé avec des pinces à disséquer sur une étendue de deux centimètres et réséqué. L'opération fut terminée sans grande hémorragie. La profondeur à laquelle elle fut pratiquée fut moindre qu'on eût pu le croire d'après les descriptions anatomiques. La plaie fut suturée après qu'un drain eut été placé au plus profond de la loge, et fut recouverte du pansement usité dans la clinique d'Albert, gaze sublimée et ouate de bois.

Les suites opératoires furent des plus simples: on ne voyait plus, dix jours après, qu'une cicatrice linéaire, mais les crises névralgiques persistèrent pendant près d'un mois, bien que diminuées en fréquence et en intensité; elles finirent par disparaître presque complètement vers le 29 mai. L. HASSLER.

VIII. — Voici le procédé opératoire de l'auteur: incision courbe à convexité inférieure qui contourne une extrémité de l'arcade zygomatique pour finir à l'autre. Résection temporaire de cette arcade. Le muscle temporal est séparé du crâne et rabattu en bas. On met alors à nu les ramifications de la troisième branche du trijumeau et de l'artère méningée moyenne. L'apophyse coronoïde ne gêne nullement lorsque la bouche est modérément ouverte. Les vaisseaux de la fosse ptérygoïde sont en dehors du champ opératoire et protégés par le bord supérieur du muscle ptérygoïdien externe. L'auteur a opéré deux malades pour des névralgies. La guérison se maintient depuis 10 et 5 mois.

Schlange présente deux malades qu'il a opérés, l'un deux ans, l'autre dix jours avant, par un procédé différent.

Mikülicz recommande la méthode suivante: il fait une incision le long du bord antérieur du sternocléïdo-mastoïdien depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la grande corne de l'hyoïde. Il sectionne la branche horizontale du maxillaire inférieur immédiatement en avant de l'insertion du masséter. Si alors on écarte les deux morceaux du maxillaire, on voit se former une espèce d'entonnoir dont le sommet est dirigé vers le crâne et dans l'axe duquel se trouvent tous les vaisseaux de la troisième branche du trijumeau. En suivant le nerf dentaire ou le nerf lingual, on arrive jusqu'au trou ovale. Il a opéré un malade avec succès.

Krönlein a opéré trois fois par son procédé. Israël et Rydygier l'ont également employé. PIERRE DELBET.

IX. — Un homme de 19 ans, ayant cassé une bouteille en la bouchant, s'est fait à la paume de la main une plaie de 3 centimètres et demi environ. Cinq mois plus tard, il consulte l'auteur, qui constate une paralysie du nerf médian.

Le nerf médian est isolé à l'avant-bras et suivi jusqu'à la cicatrice, où il se termine par un renflement. L'auteur, ayant retrouvé dans la paume de la main le bout périphérique, s'aperçoit qu'il existe une perte de substance de 4 centimètres. Il prolonge alors l'incision faite à l'avant-bras, le tiraille et réussit à l'amener au contact du bout périphérique. Suture au catgut.

Au bout de quatre semaines, restitution de la sensibilité des doigts. Les mouvements du pouce s'effectuent au bout de six semaines. L. GALLIARD.

I. — **Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Hern Geh. Rath Bardeleben: Ueber 24 seit dem Jahre 1876 ausgeführte Kropfexstirpationen (Ablations de goitres), par KÖHLER** (*Deutsche Zeits. f. Chir., XXVI, p.* 113-139).

II. — **Fünfzig Kropfexcisionen (Cinquante thyroïdectomies), par G. ZESAS** (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXVI, Heft* 3, *p.* 733).

III. — **Strumaexstirpationen, par WIESMANN** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 9, *p.* 288, 1er *mai* 1888).

IV. — **Ueber Kropfexstirpartionen (thyroïdectomie), par KÜMMEL** (*Soc. des méd. de Hambourg,* 24 *janvier* 1888).

V. — **Zur modernen Chirurgie des Kropfes (Chirurgie du goitre), par OBALINSKI** (*Wien. med. Presse, n°* 30, *p.* 1033, 1887).

VI. — **Enlarged thyreoid producing tracheal stenosis, par MARSHALL** (*N. York med. journ., p.* 6, 7 *juillet* 1888).

VII. — **The treatment of cystic goitre, par M. HOWELL** (*Lancet,* 11 *février* 1888).

I. — Des 24 thyroïdectomies, 9 furent partielles et 15 totales. Ces dernières ont donné 5 décès; les 10 survivants ont pu être suivis au moins 1 à 2 ans, quelques-uns 3 à 4 sans qu'aucun ait présenté la moindre altération physique ou intellectuelle. Les 9 cas de thyroïdectomie partielle n'ont donné aucun décès. MAURICE HACHE.

II. — Ces 50 observations proviennent du service de Niehans à Berne. Dans tous les cas, on a employé le chloroforme, même lorsqu'il s'agissait de goitres suffocants, et on a toujours vu, sous l'influence du sommeil chloroformique, la respiration devenir plus libre et plus tranquille. Le procédé opératoire est le suivant : incision curviligne, qui commence sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, suit le cartilage cricoïde, et vient se terminer sur la ligne médiane au niveau de la fourchette sternale. Recherche et ligature des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures. Si l'extirpation doit être partielle, ligature en masse et section de l'isthme : on n'a jamais observé d'hémorragies secondaires. Le goitre est libéré du côté de la trachée et extirpé. Sutures et drain, qui n'est laissé que vingt-quatre heures en place. Pansement à l'iodoforme. Sur les 50 opérés, on compte 23 hommes et 27 femmes. Il n'y a eu que deux morts : l'une a été causée par des accidents septiques; l'autre par une broncho-pneumonie (trachéotomie).

Jamais il n'y a eu de complications sérieuses du côté de la trachée ou des nerfs. Dans quelques cas, des malades avaient présenté de la raucité de la voix et de la toux. Ces inconvénients ont disparu là, comme chez Reverdin, depuis qu'on a abandonné les grands lavages. La dysphagie est habituelle et reconnaît sans doute pour cause les mouvements du larynx en plein foyer traumatique.

Trois malades ont présenté les symptômes de la cachexie strumiprive : chez l'un ils se sont légèrement améliorés; chez un autre, ils restent stationnaires; ils s'aggravent sans cesse chez le troisième. Trois autres malades ont présenté de légers symptômes, qui ont complètement disparu. L'auteur déclare qu'il est difficile d'établir la proportion exacte des cas de myxœdème par rapport aux opérations, parce qu'il est toujours bien difficile de savoir si on a fait une extirpation complète. En réunissant les chiffres des divers auteurs, il arrive à ce résultat que la

cachexie strumiprive se montre dans la moitié des faits d'extirpation totale du corps thyroïde. Elle est réellement déterminée par la suppression de cette glande. Aussi l'extirpation totale est-elle aujourd'hui à peu près abandonnée. Mikulicz a proposé de la remplacer par la résection du goitre. Wölfler a recommandé de lier les artères thyroïdiennes pour déterminer l'atrophie de l'organe. Ce procédé ne paraît pas devoir se généraliser. L'énucléation intra-glandulaire de Socin est, au contraire, une très bonne opération qui a fait ses preuves. Il faut y recourir dans tous les cas où cela est possible. PIERRE DELBET.

III. — Wiesmann a pratiqué 21 extirpations de goitre; sur les 11 dernières opérations, 10 ont été suivies de guérison, généralement, dans une quinzaine. J. B.

IV. — L'auteur préfère l'extirpation partielle du goitre à l'incision ou à la ponction suivie d'injection iodée. Il l'a pratiquée 8 fois, 8 succès; dans six cas, il s'agissait de goitres volumineux et saillants au dehors; dans un cas, de goitre rétrosternal; dans un cas, de goitre plongeant. Chez tous les opérés il y avait compression de la trachée et dyspnée. Pour dilater la trachée, l'auteur a eu recours au procédé de Kocher : fixation dans les cartilages trachéaux de fils qu'on attache aux muscles des deux côtés du cou.

Une femme de 45 ans, qui n'avait pas voulu se décider à l'extirpation, et à qui on avait pratiqué des injections intraparenchymateuses de liqueur de Fowler pendant trois semaines, a eu un brusque accès de suffocation qui l'a enlevée en quelques minutes. A l'autopsie, atrophie des deux nerfs récurrents et aplatissement des cartilages. L. GALLIARD.

V. — En pratiquant la ligature des artères thyroïdiennes par la méthode de Wölfler, l'auteur a obtenu deux succès partiels. Chez une femme atteinte de goître unilatéral, la ligature ayant été faite d'un seul côté, la tumeur a diminué de moitié. Chez une fille âgée de 22 ans, la ligature des artères des deux côtés a fait diminuer le goitre; un mois après l'opération, la circonférence du cou a perdu 3 centimètres.

L'auteur a pratiqué la décortication intraglandulaire, d'après Socin et Garré, sur un homme de 21 ans, atteint de goitre parenchymateux. Succès complet. Mais cette méthode ne s'applique pas à toutes les variétés de goitre, comme le prétendent Socin et Garré. L. GALLIARD.

VI. — Un homme de 65 ans, robuste, est atteint d'une dyspnée intense, qu'on a attribuée d'abord à un anévrisme de l'aorte, puis à une sténose de la bronche droite; le laryngoscope n'a rien révélé, et comme le corps thyroïde ne paraît pas saillant, on ne l'a pas incriminé.

A l'autopsie, on trouve un corps thyroïde énorme, dont la limite inférieure est à la bifurcation des bronches et la limite supérieure au niveau du larynx. La glande, composée de deux lobes en forme de rein, très durs, pèse une livre et demie; elle comprime latéralement la trachée dont le calibre est singulièrement rétréci et qui décrit deux courbes distinctes.

Le cœur est hypertrophié, l'aorte dilatée. Œdème et congestion des poumons. L. GALLIARD.

VII. — L'auteur décrit la méthode employée par Morell Mackenzie; elle consiste en la perforation du kyste dans le point déclive et l'injection après évacuation du liquide d'une solution de perchlorure de fer, qu'on laisse pendant quelque temps dans la cavité. Cette médication a pour but de transformer le kyste en un abcès chronique, qui guérit au bout d'un certain temps par les moyens appropriés.

Ce procédé ne détermine en général pas d'accidents et amène la guérison sans faire courir au malade les risques d'une grosse opération chirurgicale. LUBET BARBON.

I. — Fibromes de la paroi abdominale, par TERRILLON (*Archives de médecine, avril et mai* 1888).

II. — A huge fibroma of the abdominal wall simulating an ovarian tumor, par Robert WEIR (*N. York med. record, p.* 703, 3 *décembre* 1887).

III. — Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette, par D. MOLLIÈRE et de FORTUNET (*Gazette des hôpitaux, avril* 1886).

IV. — Note sur un cas de tumeur aponévrotique de l'ombilic, par A. PIC et D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 16 *décembre* 1888).

V. — Traité des fibromes de la paroi abdominale, par Léon LABBÉ et Charles RÉMY (*In*-8°, 360 *pages, Paris*, 1888).

VI. — Des hématomes du mésentère, par Em. BÉRARD (*Thèse de Paris*, *n°* 15, 1888).

VII. — Double carcinoma of the colon, par Ch. FENGER (*Journ. of amer. Assoc., p.* 606, 27 *octobre* 1888).

I. — Les fibromes de la paroi abdominale s'observent surtout chez la femme (67 femmes pour 12 hommes). La grossesse a une influence indiscutable sur leur développement.

Les fibromes intra-pariétaux peuvent siéger sur les divers points de la paroi abdominale; cependant ils ont des sièges de prédilection (région ombilicale, région iliaque au-dessus de l'arcade de Fallope, les hypochondres). Ils adhèrent assez fréquemmeut avec le peritoine. Ils ont plus de tendance à se diriger vers la cavité abdominale que vers la surface cutanée.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont des fibromes purs.

Le véritable traitement des fibromes de la paroi abdominale consiste dans l'ablation par l'instrument tranchant. RICHARDIÈRE.

II. — Femme de 41 ans qui depuis quatre années voit son ventre grossir. Menstruation régulière; quelques douleurs et de temps en temps crises de dypsnée. Depuis six mois elle s'est affaiblie. La tumeur a doublé de volume, elle mesure 35 pouces et demi au niveau de l'ombilic. La consistance de la tumeur est variable, principalement dans la portion qui se trouve à droite de la ligne médiane; la percussion faite en ce point donne une faible sensation d'ondulation qui se propage du côté gauche. On ne peut délimiter les confins de la tumeur; cependant elle semble occuper tout l'espace compris d'une épine iliaque à l'autre.

L'utérus est sain et mobile; on ne peut sentir les ovaires. On diagnostique une tumeur de l'ovaire et peut-être un sarcome.

La laparotomie est faite le 1er novembre; elle montre que la tumeur (fibrome) s'est développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale; que, profondément, elle adhère au péritoine qu'on résèque sur une largeur de deux mains. La cavité pelvienne, l'intestin, l'utérus et les deux ovaires sont sains; la tumeur pèse 11 livres. DUFLOCQ.

III. — A propos d'une observation de fibrome abdominal, les auteurs discutent les rapports et la structure de ces tumeurs et les divisent en :

1° Fibromes adhérents au périoste seul;

2° Fibromes adhérents au périoste et aux aponévroses ;

3° Fibromes n'adhérant qu'aux aponévroses ;

4° Fibromes développés dans le tissu cellulaire et n'ayant avec les aponévroses que des rapports de contiguïté. A. C.

IV. — Femme de 22 ans, un seul accouchement trois ans auparavant, bien portante, bien réglée. Un an après sa couche, tumeur du volume d'une noisette à l'ombilic, qui se développe sans douleurs, et est actuellement grosse comme une tête de fœtus, dure, bosselée. Ablation. La tumeur adhère au feuillet pariétal du péritoine. Guérison.

La tumeur a 10 centimètres de diamètre, pèse 520 grammes, histologiquement tumeur intermédiaire du type conjonctif dense ou lamellaire. Point de départ dans l'aponévrose et au niveau de l'ombilic.

V. — Par l'étude et la comparaison de cent observations de fibromes de la paroi abdominale (bibliographie complète de cette affection relativement rare), Labbé et Rémy ont pu donner une description détaillée et une appréciation motivée des divers points d'anatomie pathologique, d'étiologie et de clinique qui ont été jusqu'ici discutés.

Au début du livre, un historique très détaillé avec la filiation des différentes discussions et des différentes théories pathogéniques ou méthodes opératoires.

Suit un chapitre important consacré à l'étiologie : l'affection est rare, ne s'observe guère que chez la femme (sur 100 observations, 4 cas seulement chez l'homme) dans la période d'activité sexuelle, et, point capital, après un ou plusieurs accouchements. Labbé, acceptant la théorie pathogénique de Ebner et de Volkmann, soutenue par Herzog, admet que ces tumeurs succèdent à des traumatismes des muscles de la paroi, et, de plus, considère l'effort de l'acouchement comme le véritable agent de leur production.

L'étude anatomique de ces tumeurs montre qu'elles sont presque toujours uniques (3 cas seulement de tumeurs doubles) ; peuvent siéger dans toutes les régions de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, mais jamais sur l'ombilic ni sur la ligne blanche. Elles sont toujours recouvertes par les lames aponévrotiques antérieures des gaines des muscles ; elles peuvent englober ou refouler les muscles, adhérer à un feuillet ou aux deux feuillets aponévrotiques de la gaine ; quelquefois sont adhérentes au péritoine, mais ne se développent pas primitivement dans le tissu cellulaire prépéritonéal. Malgré l'opinion si longtemps classique, elles n'ont presque jamais de pédicule. L'examen histologique montre le plus souvent du fibrome pur, parfois avec des points ramollis ressemblant au myxome, et, d'autres fois, avec des amas de cellules rondes ou fusiformes qui dissocient les faisceaux fibreux. « L'abondance dans ces tumeurs des éléments du tissu fibreux en voie de développement, tels que les corps fusiformes, ne doit pas entraîner fatalement un pronostic grave. »

Labbé décrit séparément les signes des tumeurs de moyen volume et des grosses tumeurs.

Leur évolution peut présenter deux périodes : 1° état longtemps stationnaire ; 2° développement rapide, souvent sous l'influence d'une nouvelle grossesse. « Quand ces fibromes se sont mis à grossir, ils ne s'arrêtent plus dans leur marche. »

Après une étude détaillée du diagnostic vient l'histoire des divers modes de traitement; le seul recommandable est l'extirpation complète.

On peut presque toujours décoller le péritoine malgré des adhérences très étendues de la tumeur. Billroth, Esmarch, Sklifassowski, Sänger, Brun ont fait des résections étendues du péritoine.

Les dangers de l'opération sont l'hémorragie et le choc opératoire; les complications post-opératoires, la péritonite et la rétention des liquides septiques dans la plaie. L'éventration a été observée 9 fois.

Pour Labbé, l'extirpation est toujours indiquée : opération de prévoyance pour les petites tumeurs; opération d'urgence pour les tumeurs volumineuses. C. WALTER.

VI. — L'auteur, dans ce travail, original désigne sous le nom d'hématome toute tumeur sanguine du mésentère dont il rapporte neuf observations. Les hématomes peuvent être des complications d'une hernie ou se présenter en dehors de celle-ci. Ils affectent deux formes : les unes celle de tumeurs nettes, isolées, les autres celle d'une infiltration diffuse.

Les hématomes du mésentère ont pour cause un traumatisme agissant de dehors en dedans sur une séreuse souvent malade et s'exerçant sous forme : 1° de contusion; 2° de taxis; 3° d'efforts de vomissement (pression diaphragmatique et abdominale).

Le pronostic des hématomes sans hernie est subordonné à celui de la maladie générale sous l'influence de laquelle ils ont apparu ou à la quantité de sang épanché.

Lorsque l'hématome complique une hernie, le pronostic se modifie au point de vue du traitement.

Trois modes de traitement peuvent être mis en usage : l'incision et le lavage du foyer, que repousse l'auteur comme moyen dangereux, exposant à des hémorragies et compromettant la vitalité de l'intestin par la présence des ligatures à mettre sur la mésentère.

Le débridement (cas de *Ch. Nélaton*) est le parti le plus simple et le plus facile, mais périlleux par suite du danger qu'il y a à réduire un intestin dont le mésentère est distendu par un hématome plus ou moins grand et dont les vaisseaux sont plus ou moins détruits.

Enfin, la résection (cas de *Verchère*) qui paraît offrir le plus de sécurité. On la fait suivre suivant les circonstances de l'entérorraphie ou de l'anus contre nature.

Le nombre des hématomes, conséquence grave du taxis, leur volume, l'infiltration plus ou moins générale du mésentère, l'état du malade et la durée de l'opération déjà subie seront les éléments qui feront choisir l'une ou l'autre de ces interventions. F. V.

VII. — Un homme de 45 ans souffrait depuis plusieurs mois de signes de rétrécissement de l'intestin. Chaque demi-heure, un paroxysme de contractions péristaltiques réveillait des douleurs très vives. Une petite tumeur ayant été perçue à droite de l'ombilic on se décide à opérer.

La laparotomie révéla un cancer du colon ascendant : on réunit par anastomose, avec une plaque osseuse décalcifiée (procédé de Senn), l'extrémité inférieure de l'iléon distendu, avec le côlon transverse, à une distance de 5 pouces de la tumeur. Le patient ne tira presque aucune amélioration de l'opération, et mourut dix jours après.

A l'autopsie, point de péritonite : le péritoine, situé entre les plaques os-

seuses, était réuni, mais en un point était un îlot de nécrose sur la paroi de l'intestin, causé par la pression de la plaque : en ce cas, la perforation était imminente sous peu de jours.

Le cancer du côlon ascendant oblitérait presque totalement l'intestin. La persistance des accidents après l'opération était due à ce qu'un second carcinome, oblitérant presque le côlon, s'était développé et avait passé inaperçu durant l'opération. MAUBRAC.

I. — **Blessure de l'abdomen; issue des intestins. Guérison, par Nikolaï TEZIAKOFF** (*Meditzinskoïë Obozrenié*, *n°* 1, 1887).

II. — **Plaie de l'abdomen; issue de l'épiploon et des intestins, par GEDEVANOFF** (*Ibidem*, *n°* 1, 1887).

III. — **Blessure de l'estomac, par Nikolaï BENISOVITCH** (*Khirürgitchesky Vestnik*, *n°* 2, *p.* 887, 1887).

IV. — **Coup de couteau de l'abdomen; lésions multiples de l'intestin grêle, par Mikhail GOSHKEVITCH** (*Rüsskaia meditzïna*, *n°* 19, *p.* 329, 1887).

V. — **Coup de feu de l'abdomen; perforation de l'intestin, par Konstantin KOLPIN** (*Comptes rendus de la Soc. de médecine de Samara* (*Russie*), *n°* 36, *p.* 28, 1887).

VI. — **Plaie de l'abdomen; hernie de l'épiploon et des intestins, par A. TERNOVSKY** (*Meditzinskoïë Obozrenié*, *n°* 2, 1888).

VII. — **Gunshot wound, etc. (Coup de feu de l'estomac et du foie. Suture des plaies viscérales; guérison), par H. C. DALTON** (*Annals of surgery*, *p.* 81, *août* 1888).

VIII. — **Treatment of penetrating shot wounds (coups de feu) of the abdomen, par W. COLEY** (*Boston med. journ.*, *p.* 373, 18 *octobre* 1888).

IX. — **Laparotomy for perforation of vermiform appendix, par Archibald DIXON** (*Annals of surgery*, *p.* 23, *juillet* 1888).

X. — **Ulcerative perforation of the transverse colon; laparotomy; death, par M. RICHARDSON** (*Boston med. journ.*, *p.* 432, 1er *novembre* 1888).

XI. — **Cases of laparotomy for tubercular peritonitis, par T. CABOT** (*Boston med. journ.*, *p.* 121, 9 *août* 1888).

I. — Une femme de 53 ans fut attaquée par un homme qui la blessa à l'abdomen avec un bâton armé d'une pointe de fer. Lorsque Teziakoff vit la blessée, 24 heures après l'accident, elle était très déprimée, souffrait beaucoup, et avait l'abdomen enveloppé de haillons sales: une anse d'intestin était étranglée dans la blessure, longue de 4 centimètres, à 2 centimètres 1/2 de l'ombilic.

La réduction se fit facilement, sans incision. — Malgré la durée qui sépara l'accident de l'intervention, les linges septiques qui recouvraient l'anse herniée, un long transport pénible par des chemins défoncés, la guérison s'établit complète le vingtième jour. M.

II. — Un homme de 22 ans se frappe à l'abdomen avec un poignard et un canif ébréché. 12 heures plus tard on constate cinq blessures de l'abdomen, dont deux pénétrantes, avec hernie de l'épiploon et de l'intestin. Après lavage on réduit et on suture les plaies de l'abdomen. Péritonite septique. Le quatrième jour, les plaies sont désunies et donnent issue à de la sérosité purulente. Irrigations au sublimé, pansement iodoformé. Le septième jour, l'état s'améliora et le trente-sixième jour la guérison était complète. M.

III. — Un paysan de 18 ans est blessé d'un coup de couteau à l'abdomen, à 4 doigts du rebord costal gauche et à égale distance de la ligne médiane: il est porté quelques instants après, en état de choc, à l'hôpital, où, après résection d'une portion d'épiploon hernié, on suture la plaie. Deux heures après survint une hémorragie qui dura 9 heures; à ce moment, on pratique la laparotomie.

L'abdomen rempli de sang, est vidé avec soin; on découvre alors une plaie de 4 centimètres de longueur ayant intéressé les tuniques séreuse et musculeuse de l'estomac (la muqueuse étant intacte), et ayant divisé plusieurs rameaux des vaisseaux gastro-épiploïques. Ces vaisseaux furent liés, et la plaie de l'estomac suturée. Malgré une pneumonie survenue le cinquième jour, la cicatrisation était complète le dixième jour.

Le onzième jour, dans un accès de toux, la cicatrice se rompit, et des anses intestinales firent hernie au dehors: après lavage de la cavité abdominale, l'intestin fut réduit, la plaie avivée et suturée : cicatrisation de la plaie le vingt-deuxième jour après l'accident. Guérison le quarantième jour.

MAUBRAC.

IV. — Un paysan venait d'être blessé par un coup de couteau à l'abdomen. Le Dr Rozelsky, qui passait par le village à ce moment, constata une plaie de 13 centimètres dans la région hypogastrique, avec issue des intestins gisant sur le sol : le petit intestin, blessé en quatre endroits, fut suturé, lavé et rentré dans l'abdomen. Suture de l'abdomen. Vingt-trois jours après, le patient fut revu par un médecin qui constata une guérison parfaite (sauf un petit point de suppuration). M.

V. — Un homme de 24 ans est blessé par un coup de fusil, à cinq centimètres au-dessus du milieu du ligament de Poupart. Pansement phéniqué. Le troisième jour, fièvre et issue par la plaie de matières jaune verdâtre à odeur fécale. Toute intervention est refusée par le blessé. Le cinquième jour, selle normale par l'anus. Le vingt-huitième jour, l'écoulement fécal, par la fistule, cesse pour reparaître cinq jours après: cet écoulement diminua progressivement, et le cinquante-neuvième jour la blessure était cicatrisée et la guérison complète. M.

VI. — Une femme de 30 ans se donne un coup de couteau dans l'abdomen : l'intestin et l'épiploon font issue au dehors: une voisine réduit les parties herniées et suture la plaie de l'abdomen. Quand Ternovsky vit cette femme (2 heures après l'intervention), comme il n'existait nul accident, il se borna à désinfecter la plaie et à la suturer par une suture à 3 étages. — Compromise un instant par un abcès au niveau de la suture, dans le pus duquel on constata, outre l'odeur fécale, des débris d'excréments de bœuf ou de cheval, la guérison était toutefois complète le vingt-quatrième jour. M.

VII. — Homme de 22 ans, blessé d'un coup de pistolet. Orifice d'entrée à 5 pouces à gauche de la ligne médiane, et 2 pouces au-dessus de l'ombilic. La laparotomie montre deux plaies de l'estomac, l'une en avant, à 3 pouces au-dessous du cardia; l'autre au niveau de la petite courbure, à un pouce et demi du pylore. Le foie est atteint, et présente une perte de substance d'un demi-pouce sur son rebord, avec une fissure d'un pouce et demi. Les plaies de l'estomac sont suturées. Celle du foie, qui saignait encore, est également suturée. L'ignorance du lieu où était la balle (pas d'orifice de sortie) obligea à examiner tous les viscères qui furent trouvés sains. Le péritoine, plein de sang, fut lavé à l'eau bouillie, puis au bichlorure. Quelques incidents retardèrent la guérison qui était complète le douzième jour.

L'auteur fait suivre cette observation d'un tableau détaillé de 69 cas de laparotomie pour coups de feu, avec 27 guérisons. Ce tableau contient deux observations (non publiées) de J.-D. Griffith, dont voici le sommaire.

1° Homme de 26 ans : balle entrée à un pouce et demi à droite et au-dessous de l'ombilic; choc considérable; intervention six heures après l'accident. La laparotomie montre trois anses intestinales perforées; les six plaies sont suturées. Mort rapide, sans péritonite.

2° Homme de 21 ans : deux balles ont pénétré sur le côté gauche, juste au devant du bord antérieur du carré des lombes. On ouvre l'abdomen (huit heures après l'accident) par une incision longue de 11 pouces, et on trouve : deux trous dans le côlon descendant, onze dans l'intestin grêle, une plaie de 2 pouces de long dans l'extrémité pylorique de l'estomac; cette dernière lésion est trop considérable pour pouvoir, sans rétrécissement nuisible, permettre l'affrontement des lèvres de la plaie. On pratique alors une greffe avec le méso-côlon que l'on fixe à l'aide de 122 points de suture de Lembert. L'opération dura quatre heures vingt minutes.

Mort en onze heures et demie; le patient ne s'était point relevé du choc. Des dépôts plastiques unissaient déjà toutes les sutures et la cavité abdominale paraissait intacte. MAUBRAC.

VIII. — L'auteur a rassemblé 74 cas d'intervention pour plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de feu : il les groupe en trois classes. La première, contenant les faits dans lesquels on est intervenu dans les douze premières heures, comprend 39 cas, avec 18 guérisons et 22 morts, soit une proportion de 43,6 0/0 de guérisons. La deuxième classe comprend les cas opérés après douze heures : 22 opérés donnent 5 guérisons, 17 morts, soit 22,7 0/0 de guérisons. La dernière classe comprend les cas dans lesquels l'époque de l'intervention n'est point exactement connue : sur 13 opérations, il y eut 7 guérisons (57 0/0) et 5 morts; un résultat est inconnu.

Cette classification montre l'avantage de l'intervention précoce : la proportion de guérisons obtenues dans les cas opérés avant la douzième heure est double de celles obtenues après cette époque.

En nombre total, sur 74 interventions, on compte 29 guérisons, soit 39,5 0/0.

Les causes de la mort sont ainsi spécifiées : hémorragies, 4 cas; péritonite, 9 cas; choc, 9 cas; une fois pneumonie, une fois péricardite; enfin quatre fois on trouva à l'autopsie des blessures qui avaient passé inaperçues lors de l'opération. MAUBRAC.

IX. — Homme, 35 ans. Signes de périthyphlite, qui, au bout de dix jours, ont déterminé une tuméfaction profonde, douloureuse de la fosse iliaque droite, avec état général grave; douleur violente dans le cordon et le testicule droits; irritabilité de la vessie, avec flexion de la cuisse. Le douzième jour, laparotomie; abcès profond de la fosse iliaque, derrière le cœcum; du pus à odeur fécale, et avec des bulles de gaz s'écoule de la poche qui est irriguée au sublimé; résection de l'appendice qui est perforé à un pouce et demi du côlon. La cavité de l'abcès est saupoudrée d'iodoforme et drainée par la plaie abdominale. Irrigations par le drain jusqu'au septième jour après l'opération. Guérison au bout de treize jours. MAUBRAC.

X. — Une femme de 39 ans, qui, douze ans auparavant, avait eu une fièvre typhoïde, mais depuis s'était toujours très bien portée, fut prise subitement, sans cause appréciable, d'une douleur très vive dans l'hypogastre, avec irradiation dans les flancs, les aines, etc. L'état s'aggrava, et des vomissements étant survenus, on opéra quatorze heures après le début des accidents.

Sur le côlon existait une ulcération de 3 centimètres de diamètre, ancienne, entourée d'adhérences rompues en un point par lequel des matières fécales

s'étaient épanchées dans le péritoine. L'ulcération est suturée à la plaie abdominale (anus artificiel). Amélioration sensible les cinq premiers jours, puis péritonite septique, et mort au septième jour.

L'autopsie montra, en outre, un trajet fistuleux qui venait du côlon et s'ouvrait dans une poche développée dans le repli gastro-colique, et un rétrécissement cicatriciel modéré du côlon sur une longueur de 10 pouces.

XI. — Cabot rapporte deux observations de laparotomie pratiquées chez une fille de 16 ans et une enfant de trois ans; dans les deux cas, une amélioration extrême se produisit. Cherchant à expliquer l'arrêt ou la disparition des tubercules du péritoine après la simple évacuation du liquide ascitique, Cabot admet que le liquide agit comme irritant, par la pression qu'il exerce, par ses qualités propres et aussi comme milieu favorable de culture. En outre, l'évacuation du liquide permet des adhérences qui deviennent fibreuses et arrêtent ou étouffent le tubercule, qui, jusqu'à ce moment, était saillant sur la membrane et ne pouvait être encapsulé. MAUBRAC.

I. — The diagnosis and medical treatment of acute intestinal obstruction, par Reginald FITZ (*Boston med. journ., p.* 445 *et* 469, 8 *et* 15 *novembre* 1888).

II. — Enterostomy for acute intestinal obstruction, par Farquhar CURTIS (*N. York medical Record*, 1er *septembre* 1888).

III. — A new method of incision of the intestine, par H. MUDD (*Journ. of amer. med. Assoc., p.* 192, 11 *août* 1888).

IV. — Enterectomià circularà si Enterorafia publicate pentra Anus contra naturei si fistule stercorale, par G.-I. ANTONESCU (*Bucarest*, 1888).

V. — A propos d'un cas d'obstruction intestinale par calcul biliaire, par E. DUFOURT (*Lyon médical*, 6 *janvier* 1889).

I. — R. Fitz recherche les signes diagnostiques de l'obstruction aiguë dont il a recueilli 295 cas publiés depuis 1880.

Ces faits se divisent en 101 étranglements, 93 intussusceptions, 42 torsions et nœuds, 15 rétrécissements et tumeurs, enfin 44 cas de contenu anormal de l'intestin ; les deux derniers groupes, les moins importants, sont exclus de cette étude.

Les causes immédiates des 101 cas d'étranglement sont : adhérences, 63 cas; restes des vaisseaux vitellins, 21 cas; adhérences de l'appendice, 6 cas; fentes de l'épiploon du mésentère, 6 cas.

L'influence du sexe est très marquée : 70 hommes et 30 femmes. C'est chez l'homme que s'observent presque tous les faits d'obstruction par restes vitellins, les adhérences de l'appendice; la proportion de brides intestinales ou pelviennes étant égale dans les deux sexes.

L'étranglement n'est pas rare dans le jeune âge, il est alors dû aux vaisseaux vitellins : de 15 à 30 ans, on observe 40 0/0 des cas d'étranglement dus surtout aux adhérences, deux fois plus fréquentes que les restes vitellins. Une péritonite antécédente est notée dans 13 0/0 des cas (bride ou adhérences) et une hernie coexistait avec la bride 7 fois; l'absence d'antécédents est notée 80 fois. Les signes les plus importants sont, d'après 100 cas : la douleur abdominale, 82 fois; puis le vomissement, 69 fois, soit associé à la douleur, soit seul, apparaissant 42 fois le 1er jour, 13 fois le 2e jour, et devenant fécal du 3e au 5e jour dans le cinquième des cas.

Le tympanisme, présent dans plus de la moitié des cas, paraît du 2e au 7e jour. La fièvre, notée 22 fois, est irrégulière, sans valeur diagnostique. Sur 74 cas dans lesquels est spécifié l'intestin atteint, on a 66 fois l'intestin grêle, 8 fois le gros intestin (10 0/0).

Sans intervention la mort est fatale : plus de la moitié des malades succombent du 2e au 5e jour; d'autre part, 67 fois on est intervenu, et le résultat a été 41 morts, et 26 guérisons (39 0/0).

Les faits d'intussusception, deux fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme, s'observent surtout dans la première année de la vie (34 0/0) ; au-dessous de 10 ans, on compte plus de la moitié des cas. Les signes, douleurs, vomissements, tumeur, selles sanglantes, sont les plus précoces et les plus constants : viennent ensuite le ténesme et le tympanisme. La fièvre, irrégulière, est notée dans 28 0/0 des cas. L'intussusception était iléo-cœcale (75 0/0), entérique (12 0/0), rectale (8 0/0) colico-rectale (5 0/0).

Le traitement médical, appliqué à 51 cas, a donné 69 0/0 de morts et 31 0/0 de guérisons : l'intervention chirurgicale a donné une mortalité plus élevée 80 0/0, et 20 0/0 de guérisons, d'après 36 cas.

Le volvulus, deux fois plus fréquent chez l'homme, s'observe surtout de 30 à 40 ans. Le symptomatologie diffère peu des variétés précédentes. C'est l'S iliaque (49 0/0) et la région cœcale (29 0/0) qui sont le plus fréquemment atteints; puis vient le petit intestin (13 0/0). Le traitement médical a toujours été impuissant; vingt-cinq fois on est intervenu : cinq opérés ont survécu.

II. — Dans ce travail, complément d'un mémoire précédent (*R. S. M.*, *XXXIII*, p. 235), Curtis a recueili 62 opérations d'entérostomie (entérotomie et colotomie) pratiquées pour obstruction aiguë, de 1873 à 1887. Cette série donne en résultats : 32 guérisons et 30 morts. Chez 19 malades qui ont guéri, les fèces reprirent leur cours naturel en peu de jours (3 en 24 heures, 9 en 1 semaine, 4 en 2 semaines). Sept fois la fistule s'oblitéra seule, et six fois on en pratiqua la suture : les autres patients ont été perdus de vue.

Les causes de la mort sont ainsi spécifiées : 5 fois par sepsie de la plaie, 4 gangrènes de l'intestin consécutives à l'opération, 4 par choc. Dans 12 cas, la cause de la mort est indépendante de l'opération.

Le danger de gangrène de l'intestin après l'opération semble devoir faire préférer la laparotomie à l'entérostomie : cependant, l'ouverture, pratiquée au-dessus de l'étranglement supprime la pression dans l'intestin, diminue l'agent de constriction et permet aux fèces de reprendre leur cours : un danger plus réel est que l'entérostomie peut être pratiquée au-dessous de l'étranglement ou sur l'anse étranglée (4,8 0/0).

La fistule fut établie 28 fois dans l'aine droite, 21 fois à gauche. Le petit intestin fut ouvert 13 fois, l'S iliaque 6 fois, le cœcum 9 fois ; 7 colotomies lombaires furent pratiquées.

Les causes d'obstruction, déterminées surtout à l'autopsie, se classent en : 6 intussusceptions et 4 morts ; 3 volvulus et 2 morts ; 5 adhérences et 4 morts ; 4 brides ou diverticules et 3 morts ; 1 étranglement interne suivi de mort ; 5 rétrécissements et 4 morts ; 10 tumeurs de l'intestin et 6 morts (on remarquera que ces deux dernières variétés d'étranglement, bien que paraissant favorables à l'opération ont un taux de mortalité très

élevé) ; 4 guérisons pour deux corps étrangers, une tumeur pelvienne, une hématocèle péri-utérine ; dans deux cas, suivis de mort, la cause est restée inconnue.

D'un parallèle entre la laparotomie et l'entérostomie, il ressort que la mortalité par laparotomie est de 68,0 0/0, et par entérostomie de 48,7 0/0 ; dans l'entérostomie 4,8 0/0 (d'après 62 cas) sont morts parce que l'agent d'étranglement n'a pas été levé ; mais par la laparotomie 5,8 0/0 (d'après 328 cas) sont morts par la même cause ; l'entérostomie a rétabli le passage naturel pour les matières dans 60 0/0 des cas qui ont guéri, et la laparotomie dans la proportion de 79 0/0.

La laparotomie paraît l'emporter si faiblement qu'on ne la pratiquera que si l'état général fait espérer que le choc sera évité et si l'intestin est assez peu distendu pour permettre une exploration complète de l'abdomen.

Mais quel que soit le mode opératoire choisi, le point capital est d'intervenir de bonne heure. MAUBRAC.

III. — L'anse d'intestin à réséquer est saisie entre deux pinces qui marquent le point où portera la section. En prenant pour guide les bords externes de ces pinces, on fait sept ou huit sutures de Lembert ininterrompues : le fil (de soie) est laissé flottant au niveau de la portion à réséquer ; cette portion réséquée, on serre les fils, dont l'insertion se trouve régulière et à égale distance du bord coupé. Puis on fait une suture continue de catgut fin, au-dessus de la précédente, pour mieux affronter la surface séreuse et combler les vides laissés entre les huit points de suture.

L'auteur reconnaît comme avantages de ce procédé : une manipulation minimum de l'intestin à suturer, un guide parfait pour appliquer les fils et couper l'intestin à angle droit, la rapidité et la facilité des sutures, l'absence de hernie de la muqueuse. M.

IV. — L'entérorraphie circulaire secondaire appliquée à la cure de l'anus contre nature ou de la fistule stercorale est de date récente et appelée à rendre de grands services. Elle présente comme avantages d'amener une guérison complète en peu de temps, de pouvoir remplacer tout autre mode de traitement et d'être applicable à tous les cas.

L'entérectomie secondaire est indiquée :

1° Dans les cas où une intervention d'urgence est nécessaire ;

2° Quand l'anus contre nature présente une disposition anatomo-pathologique telle que tout autre procédé est inapplicable, insuffisant ou dangereux ;

3° Quand tous les autres modes de traitement ont été suivis d'insuccès.

Lorsqu'il y a urgence d'intervenir, il faut accepter les deux conseils de Bouilly, laisser l'anus contre nature établi trois ou quatre mois avant de songer à l'entéroraphie.

D'après les statistiques établies, dans les cas de hernies étranglées et suivies de gangrène, il est plus prudent d'établir primitivement un anus contre nature après avoir fait l'entérectomie primitive. F. VERCHÈRE.

V. — Dufour publie l'observation d'une malade âgée de 66 ans, prise, dans le cours d'un traitement à Vichy, d'une obstruction intestinale à forme grave, ayant les caractères de l'invagination aiguë (selles purulentes, sanglantes au

moment de la débâcle). De plus, la malade avait une hernie ombilicale ancienne. Au 7e jour des accidents, l'obstruction céda aux lavements gazeux et à la faradisation de l'abdomen. Dans une des selles on trouva un gros calcul biliaire de 5 centimètres sur 2 1/2. A la suite de cette obstruction survinrent des accidents de septicémie intestinale (diarrhée, éruption rubéolique, albuminurie, etc.). Guérison.

Dupont passe en revue, à ce propos, les cas similaires publiés jusqu'à ce jour. Il a réuni 85 observations. Sur 73 dont la terminaison est indiquée, on trouve 41 cas de mort (56 0/0). Dans 9 cas, on pratiqua la laparotomie; une seule guérison. A. C.

I. — Contribution à l'étude du diverticule de l'iléon ou diverticule de Me par L. AUGIER (*Thèse de Paris, n° 199, 1888*).

II. — Laparotomie pour hernie ombilicale congénitale chez un nouveau-né, par STOLYPINSKY (*Soc. méd. de Kasan, 24 mai 1888*).

III. — De la hernie du diaphragme d'origine congénitale, par Am. ROUVIER (*Thèse de Paris, n° 124, 1889*).

I. — Le diverticule iléal se rencontre 4 fois sur 80 dans l'espèce humaine (les recherches de l'auteur ont porté sur 400 sujets). Il siège constamment sur la dernière portion de l'iléon; il est unique et a la même structure que le reste de l'intestin grêle; son développement suit parallèlement celui du tube digestif; il persiste jusque dans l'âge le plus avancé.

Ce diverticule, pour les cas où l'intestin est relié à l'ombilic par un pédicule soit creux, soit plein, serait un vestige du conduit omphalo-mésentérique (théorie de Meckel). Le diverticule à extrémité sphérique et libre de toute attache paraît être une anomalie, reproduisant un caractère ancestral, tel que les appendices qu'on retrouve au même siège chez beaucoup d'animaux, et notamment chez les rongeurs; il naîtrait par une sorte de bourgeonnement, de la même façon que se produisent le cœcum et l'appendice vermiforme de l'embryon humain. Il peut coïncider avec un autre vice de conformation.

L'auteur étudie ensuite les accidents dus à la présence de ce diverticule d'après une observation personnelle et un certain nombre de cas déjà connus.

L'étranglement se produit tantôt à l'aide des adhérences accidentelles et de cause inflammatoire que l'appendice a contractées avec les parties voisines; tantôt par formation d'un nœud diverticulaire, tantôt par basculement de l'appendice et torsion de l'intestin sur son axe.

La situation du diverticule qui flotte à la surface de la masse intestinale et dont l'extrémité sphérique est toujours tournée en haut explique comment la plupart des individus échappe à l'étranglement.

Les signes, la marche, les indications thérapeutiques sont les mêmes que pour tout autre étranglement interne; le diagnostic différentiel est du reste naturellement impossible, et la laparotomie montre seule la nature de l'agent d'étranglement. C. WALTHER.

II. — Un enfant, à sa naissance, présentait une hernie ombilicale grosse comme un œuf d'oie : cette hernie, irréductible à cause de l'étroitesse de l'anneau, n'était recouverte que par l'amnios et le péritoine. Aussi, dix minutes après la naissance, Fenomenoff pratique-t-il la laparotomie : la hernie est

réduite, mais on dut disséquer une anse adhérente au sac herniaire qu'on excisa. L'ombilic fut suturé, et l'enfant guérit rapidement et sans accidents.

M.

III. — La hernie diaphragmatique congénitale est celle qui existe au niveau d'un orifice, tenant à un défaut de développement du diaphragme, remontant par conséquent à une époque inconnue de la vie embryonnaire. Cet arrêt de développement est la conséquence et non la cause de la hernie, opinion déjà soutenue par Cruveilhier; il faut pourtant reconnaître que l'hypothèse contraire peut être défendue. Mais la première opinion explique d'une façon plus satisfaisante la disposition des cavités que l'on trouve et de l'orifice herniaire, absence plus ou moins complète de la moitié du diaphragme, forme de croissant, simple trou ovale ou rond; de la situation de cet orifice, siégeant le plus souvent à gauche, mais ayant été rencontré en tous points, à droite, au centre, dans la partie musculaire aussi bien que dans la partie aponévrotique du diaphragme.

La hernie congénitale est plus fréquente que ne l'ont dit les auteurs, et beaucoup de hernies diaphragmatiques dites de l'adulte peuvent être considérées comme des hernies congénitales.

Plusieurs observations rares, il est vrai, démontrent que la vie est possible avec cette malformation; dans certaines mêmes, le sujet a pu atteindre non seulement l'âge d'adulte, mais même un âge avancé.

Le diagnostic a été fait dans certains cas pendant la vie; il est donc possible, mais il faut y songer.

Tant que des symptômes alarmants ne se montrent pas, il faut se contenter d'observer les règles de l'hygiène la plus sévère. S'il y a soupçon d'étranglement ou d'obstruction intestinale, l'auteur recommande la laparotomie, le débridement de l'anneau diaphragmatique et sa suture si possible.

Ce travail est basé sur 116 observations. F. VERCHÈRE.

I. — Ein Fall von Hiebverletzung der Leber (Plaie du foie par coup de sabre; guérison), par VOLLBRECHT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 830, 8 *octobre* 1888).

II. — Anlegung einer Gallenblasen-Dünndarmfistel (Établissement d'une fistule entéro-cystique), par BARDENHEUER (*Ibidem*, *n°* 43, *p.* 877, 22 *octobre* 1888).

III. — Fall von einzeitiger Cholecystenterostomie, par SOCIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 15, *p.* 471, 1er *août* 1888).

IV. — Anwendung des renalen Explorativschnittes in einem Fall von fraglichem Gallenstein, par STROHE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 878, 22 *octobre* 1888).

I. — Le 31 janvier, un homme de 28 ans reçoit un coup de sabre de cavalerie dans l'abdomen. La plaie, à bords nets, était placée transversalement à 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, sur une longueur de 23 centimètres. Elle était béante de 15 centimètres en son milieu. Les parties molles étaient complètement sectionnées. A l'angle interne de la plaie se voyait l'estomac intact; au milieu se trouvait le foie, entaillé sur une longueur de 10 centimètres et béant de 3 centimètres; la plaie hépatique était assez profonde pour admettre un doigt. Hémorragie en nappe violente. Collapsus et choc traumatique. Application immédiate d'un pansement antiseptique provisoire. Des compresses de gaze au sublimé arrêtent l'hémorragie. Le blessé

ne perd pas connaissance durant le transport à son domicile, distant de 5 minutes; mais il se plaint de manquer d'air, a la respiration accélérée, superficielle, le pouls petit, régulier, battant 100 fois par minute. L'hémorragie se reproduit quand on enlève le premier appareil traversé par le sang.

Fermeture de la plaie par 18 points de suture au catgut, comprenant le péritoine. Dans l'angle droit laissé ouvert, on introduit un gros drain aboutissant à la plaie hépatique. Pansement antiseptique. Vessie de glace. Diète absolue. Opium. Décubitus, les jambes relevées. Dès le 1er février au matin, violentes quintes de toux imputables à une lésion de la plèvre droite. Le 3, ablation du drain. Ni fièvre, ni hémorragie, ni signes de péritonite.

Le 4, les quintes de toux, de plus en plus répétées, ont déplacé le pansement; en outre, sauf 3 points de l'angle gauche de la plaie, toutes les sutures sont rompues. Le fond de la plaie, béante de trois travers de doigt, est couvert de caillots résistants qui masquent l'estomac et le foie.

On endort le blessé pour lui refaire 13 points de suture à la soie, en laissant toujours ouverte l'extrémité droite de la plaie. Pansement antiseptique. Vessie de glace. Nausées et vomissements. Ni fièvre, ni suppuration, ni trace de bile dans les pièces de pansement. Le 27 février, on enlève les derniers points de suture, la plaie s'est réunie par première intention, sauf à l'angle droit, qui, maintenu béant, est déjà comblé par des bourgeons charnus recouverts d'une croûte solide. Dès le milieu de mars, le blessé se lève. J. B.

II. — Homme offrant depuis des mois tous les symptômes d'une occlusion du canal cholédoque. Opération.

Incision antérieure en battant de porte. Décollement du péritoine de la face postérieure de la cavité abdominale, afin de pouvoir explorer le foie à travers la séreuse. On sent dans le sillon de la vésicule biliaire quelques nodosités; la vésicule est dilatée ; la cause de l'obstruction n'est pas reconnue.

Les manœuvres d'exploration ayant déterminé une déchirure du péritoine, Bardenheuer agrandit l'ouverture accidentelle, isole une anse grêle et met en contact, au moyen de fils de caoutchouc et de sutures, la vésicule biliaire non ouverte et le duodénum. La pression des fils de caoutchouc ne tarde pas à sectionner les parois des deux organes, et ainsi se trouve effectuée la fistule entéro-cystique.

Dans la discussion, Krœnlein s'élève contre le procédé d'exploration extrapéritonéale de Bardenheuer, qu'il déclare être de l'ère antérieure à l'antisepsie.

Les tiraillements et le décollement du péritoine sont bien plus dangereux et moins utiles pour le diagnostic que la laparotomie exploratrice.

Mais Bardenheuer nie le danger de son procédé d'exploration, utile surtout pour le diagnostic des affections rétro-péritonéales. Les adhérences organiques enlèvent souvent toute utilité diagnostique à la laparotomie exploratrice, qui a d'ailleurs l'inconvénient d'entraîner irrésistiblement le chirurgien à poursuivre l'opération une fois qu'il a commencé à détacher les adhérences.

Dans une opération sur la vésicule biliaire, von Winiwarter a trouvé à la jonction des conduits cystique et cholédoque un calcul gros comme une prune qui oblitérait ces canaux. La vésicule était vide, contractée et adhérente. On ne pouvait songer ni à une suture de la vésicule avec incision directe sur le calcul, ni à établir une fistule entéro-cystique. Von Winiwarter détruisit les adhérences à l'aide du thermocautère et d'instruments mousses. Puis, ayant entouré la vésicule de gaze iodoformée, il l'ouvrit dans la cavité abdominale même, et retira le calcul sans qu'il s'écoulât de bile. Il termina l'opération en suturant la vésicule au péritoine, au niveau de l'angle supérieur de la plaie. Au bout de 24 heures apparut, à l'orifice de la fistule, la première goutte de

bile. Comme cette dernière ne passait pas dans l'intestin, on supposa une flexion ou l'existence d'adhérences péritonéales autour du canal cholédoque. Les sondages pour atteindre l'intestin furent infructueux. Mais trois semaines plus tard, sans qu'on eût découvert la cause ni de la rétention absolue de la bile, ni de la cessation de l'obstruction, la bile passa busquement dans l'intestin, et dès lors la fistule et la plaie se cicatrisèrent. J. B.

III. — La cholécystentérostomie en un temps proposée par Nussbaum a été faite récemment, pour la première fois et avec succès, par Kappeler. (*R. S. M.*, XXXIII, 233.)

En voici un nouveau cas :

Femme de 51 ans prise, il y a onze semaines, de violentes douleurs abdominales pendant la digestion; quelques jours plus tard, ictère progressif. Faiblesse, amaigrissement constants.

A l'entrée, on constate la coloration bronzée des téguments et des muqueuses, la sécheresse de la peau, une émaciation considérable. Le bord inférieur du foie arrive à un centimètre au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Sur la ligne médiane, tumeur grosse comme un poing, arrondie, lisse, fluctuante, peu douloureuse et très mobile latéralement. Selles décolorées, urines très bilieuses. On diagnostique une occlusion du canal cholédoque de cause inconnue.

Le 19 novembre 1887, opération d'urgence. La vésicule biliaire contient seulement 400 centimètres de bile. En l'absence de calculs ou d'un autre obstacle, Socin se décide pour l'opération de Kappeler.

Il pratique sur le jéjunum une incision de 3 centimètres qu'il suture avec l'ouverture de la vésicule. Première selle au bout de 3 jours; disparition immédiate de l'ictère; accroissement de 9 livres en poids au bout de six semaines. J. B.

IV. — Femme de 30 ans atteinte depuis quelques semaines de violentes coliques hépatiques avec vomissements renfermant des calculs. Amaigrissement considérable, collapsus, ictère intense, selles normales, foie très volumineux. Incision exploratrice qui permet de reconnaître la présence d'un calcul dans la vésicule atrophiée. Le canal cystique représente un cordon gros comme un crayon, dans lequel se trouve aussi un calcul.

En arrière du calcul, le conduit cystique est normal, de même que le canal cholédoque sur toute sa longueur.

Incision du péritoine, auquel on fixe par 4 ligatures la vésicule biliaire.

Quelques jours plus tard, la malade avorte.

Vingt jours après la première opération, on ouvre la vésicule biliaire et on extrait les calculs. Un trajet conduit de la vésicule vers le pylore, ce qui explique que la femme ait vomi des calculs.

Tous les troubles disparurent rapidement, et au bout de six mois la fistule biliaire était fermée. J. B.

I. — Zwei Fälle von Leberruptur mit embolischer Verschleppung von Lebergewebe (Deux cas de rupture du foie avec transport embolique de fragments de tissu hépatique), par G. SCHMORL (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLII*, *p.* 499).

II. — Ein Fall von Schussverletzung der Leber... (Blessure du foie par coup de feu; fragments de substance hépatique entraînés sous forme d'embolies), par A. v. ZENKER (*Ibidem*, *p.* 505).

I et II. — Dans ces trois cas, des ruptures traumatiques du foie (compression entre deux tampons de wagon, chute d'un quatrième étage, coup de feu à bout portant) s'accompagnèrent d'embolies constituées par des fragments de parenchyme hépatique. On put retrouver de ces fragments dans le cœur

droit et dans les branches de l'artère pulmonaire. Dans le premier des cas de Schmorl, il y avait, chose curieuse, des embolies de substance hépatique dans l'oreillette gauche et dans l'artère rénale du côté gauche. Il y avait persistance du trou ovale, ce qui explique le passage des embolies du cœur droit au cœur gauche directement. A. MATHIEU.

I. — Étude des tumeurs malignes du rein, par TUFFIER (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., février* 1888).

II. — Ueber intermittirende Hydronephrose, par Leopold LANDAU (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 941, et n° 48, p. 968, 19 et 26 novembre* 1888).

III. — Discussion à la Société médicale de Berlin (*Ibidem, n° 46, p. 935, 12 novembre* 1888).

IV. — Du traitement des reins mobiles ou flottants par la néphrorraphie, par DURET (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, mai* 1888).

V. — Néphrectomie : deux cas (pour coup de feu, pour tuberculose), par De Forest VILLARD (*Journ. of amer. Assoc., p.* 533, 13 *octobre* 1888).

VI. — Ueber Nephrectomie, par J. SCHMIDT (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p.* 857, 15 *octobre* 1888).

I. — Les néoplasmes malins du rein, qu'ils soient primitifs (ce qui est rare) ou secondaires, sont souvent latents durant une période plus ou moins longue, en raison de la tolérance remarquable de cet organe pour l'envahissement cancéreux ou sarcomateux. Ce retard dans le diagnostic explique celui de l'intervention chirurgicale (néphrectomie) qui devient alors impossible ou inefficace. Il importe donc de saisir et d'interpréter convenablement, dès qu'ils apparaissent, les symptômes les plus précoces de ces dégénérescences, en se basant sur les caractères spéciaux de spontanéité et d'indolence de l'hématurie, d'acuité et de permanence des douleurs lombaires. Les deux signes, relativement précoces indiqués par Guyon (apparition d'un varicocèle symptomatique et néphromégalie se traduisant par le phénomène du ballottement rénal) acquièrent ici une valeur séméiologique énorme.

Dès que ces deux derniers signes joints à l'hématurie caractéristique ont permis d'établir le diagnostic, il faut, selon Tuffier et sans attendre une confirmation plus précise, pratiquer l'incision lombaire, qui restera simplement exploratrice, si la tumeur est reconnue ainsi inopérable, ou bien deviendra curatrice en permettant la néphrotomie pour les calculs et la néphrectomie pour les tumeurs et la tuberculose. R. JAMIN.

II. — Landau relate 4 observations d'hydronéphrose intermittente chez des femmes dont 3 du côté droit ; la première est celle d'une femme à laquelle, il y a 8 ans (*R. S. M.*, XXIV, 310) il a pratiqué une fistule du bassinet, qui, jusqu'ici, n'a donné lieu à aucun inconvénient.

Ces hydronéphroses sont le résultat d'une occlusion des uretères due parfois à leur compression contre l'arcade pubienne, ainsi que Virchow et Philipps en ont signalé des cas dans le prolapsus et l'utérus, mais beaucoup plus fréquemment à leur déviation, à leur torsion, à l'obliquité de leur insertion occasionnée par les déplacements d'un rein mobile. Landau, en effet, laisse de côté les hydronéphroses intermittentes dues à des lésions organiques, telles que calculs rénaux et cancers de la vessie, de l'utérus (*R. S. M.*, IX, 661) ou pyélites.

Les symptômes de l'hydronéphrose intermitente ne sont pas constants. Durant de longues années, les malades n'éprouvent, à intervalles plus ou moins rapprochés, que du malaise et de la cardialgie ; la douleur les force à s'aliter et le décubitus horizontal les soulage. Un certain nombre cependant sont sujets à des accès se bornant, chez quelques uns, à des vomissements, tandis que d'autres peuvent avoir des coliques néphrétiques. Mais lorsqu'on les interroge on apprend que leurs urines varient beaucoup de quantité : elles sont très peu abondantes quand éclate le paroxysme douloureux, tandis que la fin de l'accès s'accompagne de l'émission profuse d'une urine parfaitement claire. Les douleurs siègent généralement au niveau du rebord des fausses côtes droites, de sorte qu'on peut croire, soit à une colique hépatique, soit à une hystéralgie.

Chez deux des malades de Landau, une grossesse a exercé une influence très favorable sur l'hydronéphrose. Contrairement à ce qu'on a dit, la tumeur de l'hydronéphrose est loin d'être toujours fluctuante ; dans tous les cas observés par Landau, elle était au contraire très dure, et la fluctuation n'est devenue appréciable qu'après évacuation spontanée ou opératoire d'une partie du liquide.

Le signe diagnostique le plus important est fourni par la ponction exploratrice et par l'examen microscopique et chimique du fluide extrait.

Landau estime que la plupart des hydronéphroses permanentes ont été des hydronéphroses intermittentes tout d'abord, ou même le sont encore ; fait qui a échappé parce que l'observation des malades n'a pas été suffisamment prolongée.

Quant au traitement de l'hydronéphrose intermittente, Landau essaye d'abord d'un bandage qui, en maintenant le rein flottant en place, redresse l'uretère dévié. Si le traitement orthopédique ne suffit pas, afin d'éviter la transformation de l'hydronéphrose intermittente en hydronéphrose permanente ou en pyonéphrose, il pratique une fistule du bassinet et le cathétérisme consécutif de l'uretère, après l'oblitération du sac. Landau ajoute toutefois qu'on n'est pas toujours sûr d'oblitérer cette fistule, alors même que l'uretère est redevenu perméable, ce qui tient sans doute à ce qu'on ne l'a pas suturé dans une bonne position.

III. — D'après Israël, si l'on rencontre assez fréquemment des tumeurs hydronéphrotiques sujettes à des oscillations de volume, il est rare d'en observer de véritablement intermittentes, c'est-à-dire dont le contenu se vide entièrement et se reproduit à certains intervalles. Pour sa part, il n'en a vu qu'un cas, chez une femme de 22 ans, ayant un rein droit mobile. L'affection datait de l'enfance. A des intervalles de 1 à 4 semaines, elle ressentait de la tension et de la douleur dans la moitié droite du ventre, avec sensation de froid et nausées ou même vomissements. Pendant ces accès, qui duraient jusqu'à 4 jours, les urines étaient rares et la malade sentait une tumeur qui disparaissait rapidement à la fin de l'attaque, en même temps qu'il y avait miction abondante d'urine claire. Cette tumeur, manifestement fluctuante, s'étendait du rebord costal jusqu'au voisinage de la crête iliaque. En l'examinant, Israël la sentit disparaître sous ses doigts, en même temps que la malade éprouvait un vif besoin d'uriner. La station debout prolongée, les aliments féculents et

les boissons gazeuses provoquaient le retour des accès. Un appareil à pelote les modéra beaucoup, puis une grossesse y mit fin durant 6 ans. Cette observation montre bien les intimes rapports existant entre la mobilité du rein et l'hydronéphrose intermittente; il faut quelque chose de plus qu'un rein mobile, sans doute une anomalie congénitale de l'uretère.

Fürbringer à observé 3 cas d'hydronéphrose intermittente, dont 2 chez des femmes qui ne se plaignaient pas d'ailleurs de leur affection. Le 3e malade est un typographe saturnin, âgé de 33 ans, qui a chaque refroidissement éprouvait des crises consistant en rétention d'urine, douleurs et gonflement dans l'hypocondre droit; l'accès se terminait par une émission d'urines sanglantes et la disparition de la tumeur de l'hypocondre. Mort par coma urémique. A l'autopsie, hydronéphrose double, sans rien pour expliquer l'occlusion des uretères dont le droit seul était très dilaté et flexueux.

E. Kuester a toujours pu constater de la fluctuation dans les hydronéphroses, mais il a soin de pratiquer la palpation sous le chloroforme.

J. B.

IV. — Après avoir rappelé les accidents que provoque souvent la mobilité des reins et le diagnostic de cette affection, Duret rapporte deux opérations de néphrorraphie pratiquées par lui sur deux femmes dont le rein droit flottait; il règle les divers temps de l'opération de la manière suivante : une incision verticale est pratiquée dans le sillon qui limite en dehors la masse sacro-lombaire; l'aponévrose profonde du transverse en dehors du bord libre du carré lombaire est divisée; on dissocie le tissu rétro-rénal, et le doigt est introduit dans la cavité, tandis qu'un aide, déprimant le flanc correspondant, rapproche le rein du doigt explorateur. Le rein est saisi avec une pince de Museux ; on s'assure de son intégrité en fendant crucialement la capsule adipeuse et en décollant avec le doigt les quatre lambeaux. La néphrorraphie se pratique sur deux plans de suture : un profond, qui porte sur le tissu rénal lui-même et sa capsule propre, et un plan superficiel, qui porte sur la capsule adipeuse de la glande. Le plan profond se compose de six à sept points de suture, faits avec des fils de soie, fixant la capsule propre du rein et les parties les plus superficielles de l'écorce de la glande soit au périoste des onzième et douzième côtes, soit aux parties profondes de la région supérieure de la plaie opératoire. Le plan superficiel des sutures porte sur la capsule adipeuse du rein, qui est fixée en haut aux muscles sectionnés et aux tissus sous-cutanés. Une portion notable de la capsule adipeuse se trouve ainsi comprise entre les lèvres de la plaie extérieure et se soude avec elle. Fermeture de la plaie superficielle, drain, pansement antiseptique.

La première femme opérée est sortie guérie de l'hôpital vingt-quatre jours après l'opération. La guérison s'est maintenue. Chez la seconde femme, quelques mois après la guérison, on pouvait encore déplacer le rein de quelques centimètres; les crises douloureuses étaient revenues mais moins fortes.

F. H.

V. — Le malade atteint d'un coup de feu, bien que la laparotomie eut été pratiquée, succomba 86 heures après l'accident, par hémorragie.

C'est la troisième opération pratiquée en de semblables circonstances; les deux autres sont de Keen (*Transact. amer. surg. Assoc.*, V., p. 193), mort le 15e jour, et de Price (*R. S. M.*, XXXII, p. 608), suivie de guérison.

L'autre malade, une femme de 32 ans, avait une tumeur à l'abdomen, dia-

gnostiquée sarcome ou abcès du rein. La laparotomie permit l'ablation d'un rein à abcès multiples. La malade mourut subitement deux heures après l'opération.

Derrière le rein suppuré est une poche isolée, à parois épaisses, contenant du pus ayant fusé le long de l'aorte et des iliaques. La mort paraît due au choc.

Ch.-T. Parkes cite un coup de feu de l'abdomen, dans lequel on sutura diverses plaies de l'intestin, et on négligea une blessure du rein, qui entraîna la mort par hémorragie 24 heures après. MAUBRAC.

VI. — De 1879 à 1888, Bardenheuer a fait 35 néphrectomies et seulement 2 néphrotomies. Il a enlevé le rein 23 fois pour tuberculose, abcès, pyonéphrose ou pyélite, 8 fois pour hydronéphrose, kystes du rein ou blessure des uretères durant l'hystérectomie et 4 fois pour des tumeurs.

Il a perdu 8 opérés dans la première quinzaine et 2 plus tard, mais Schmidt ne met qu'un seul décès sur le compte de la néphrectomie. Dans ce cas, le rein de l'autre côté était atrophié ; il eût donc fallu faire la néphrotomie. Deux fois la mort a été occasionnée par la septicémie persistante ; une fois par le collapsus. Un enfant de 3 mois a succombé au bout de 36 heures à des convulsions, un autre à la scarlatine ; un homme à un cancer métastatique, un autre à une dégénération amyloïde.

Les deux néphrotomies pratiquées, l'une pour hydronéphrose traumatique, l'autre pour pyonéphrose, ont été suivies de mort.

Dans la discussion, Sprengel raconte avoir dernièrement enlevé en totalité, chez un enfant de 4 mois, qui a parfaitement guéri, un gros rein atteint d'hydronéphrose ; à l'incision lombaire, il a adjoint une incision transversale en avant. J. B.

I. — Action réflexe d'un rein calculeux sur la vessie par urétérite descendante, par E. GUILLET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *février* 1888).

II. — Greffe uretéro-intestinale, par TUFFIER (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, *avril* 1888).

III. — Greffe des uretères dans un point anormal de la vessie, par DE PAOLI et BUSACHI (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *août* 1888).

IV. — Exploration des uretères, par F. PÉREZ (*Thèse de Paris*, *juillet* 1888).

I. — Homme de 42 ans, ancien calculeux vésical, autrefois lithotritié à plusieurs reprises : après une nouvelle colique néphrétique, non suivie d'expulsion de gravier, apparition et persistance d'hématuries *rénales* et de mictions extrêmement fréquentes et douloureuses, bien que la vessie ne soit aucunement sensible ni au contact de la sonde, ni à la double palpation recto-hypogastrique, ni à la distension. Le rein droit est douloureux au palper, et par le toucher rectal, on provoque une vive douleur au niveau de l'embouchure de l'uretère droit dans la vessie ; en ce point, on sent un cordon dur et tuméfié, et l'on suppose qu'il y a là un calcul arrêté dans l'uretère.

Mais le malade ayant bientôt succombé (anurie, coma, 35° de température), l'autopsie montra, outre l'intégrité de la vessie, qu'il n'y avait pas de calcul arrêté à l'embouchure de l'uretère. Celui-ci était dilaté et épaissi et même atteint de péri-uretérite ; le rein droit offrait toutes les lésions de la pyélonéphrite calculeuse ; sa coque renfermait plusieurs calculs phosphatiques. Le rein gauche manquait.

II. — D'une série d'expériences entreprises sur les animaux par

Tuffier pour contrôler celles de Novaro et de Bardenheuer, au sujet de l'abouchement chirurgical des uretères dans l'intestin, il est résulté que, malgré les précautions opératoires et antiseptiques les plus minutieuses, une péritonite mortelle s'est déclarée du 3e au 5e jour, par suite de fistule stercorale au niveau de la suture uretéro-intestinale. En outre, l'uretère était oblitéré à son point d'abouchement, sa lumière remplie de bouillie purulente et le rein fortement congestionné à l'ouverture du conduit uretéral.

III. — Ces deux expérimentateurs sont parvenus, par diverses modifications techniques aux procédés habituellement suivis, à greffer l'uretère sur la paroi vésicale en un autre point que celui où il débouche normalement. Ces opérations ont été pratiquées après cystotomie hypogastrique préalable, et les derniers résultats ont été parfaits, notamment sans retentissement quelconque sur le rein, l'uretère ou le péritoine.

La greffe de l'uretère dans un point anormal de la vessie pourra, d'après ces auteurs, trouver d'utiles applications : 1° dans le cas d'ablation de tumeur vésicale par l'hypogastre, lorsque l'embouchure d'un des uretères est déjà envahie par le néoplasme; 2° en cas de fistule de la dernière portion de l'uretère s'ouvrant dans le vagin ou l'utérus, quand les autres méthodes d'occlusion restent insuffisantes; 3° en cas de blessure de l'uretère à la suite d'actes opératoires, tels que extirpation totale de l'utérus ou de tumeurs abdominales.

IV. — Comme corollaire au travail de Hallé sur ce sujet (*R. S. M.*, XXXI, 683), celui de Pérez insiste, en s'appuyant sur un certain nombre d'observations personnelles, sur l'importance du palper de l'uretère, qui, dans son trajet abdominal, est facilement accessible au doigt explorateur, et, dans son trajet pelvien, peut également être senti par le rectum chez l'homme, par le vagin chez la femme.

Le cathétérisme de l'uretère chez la femme, indiqué par Pawlik, est certainement une excellente opération, mais dont l'exécution est souvent aléatoire; en tout cas, elle ne doit être pratiquée qu'en présence des résultats négatifs d'une exploration par le palper et le toucher. Ceux-ci, en effet, permettent de constater l'augmentation de volume de l'uretère ou l'existence d'une douleur localisée sur son trajet ; ces signes suffisent pour affirmer que le rein correspondant est malade. — C'est au niveau du détroit supérieur que l'uretère peut être comprimé aussi bien chez la femme que chez l'homme. — Chez ce dernier, le cathétérisme des uretères, exigeant l'incision préalable de la vessie, ne doit pas être pratiqué.

R. JAMIN.

I. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, par F. GUYON (1 *vol. in-8°, Paris*, 1888).

II. — Renal tenesmus : a result of chronic cystitis and uretritis : successful treatment by kolpo-uretero-cystotomy, etc., par Nathan BOZEMAN (*Journ. of amer. med. Assoc., p.* 438, 29 *septembre* 1888, *et p.* 482, 6 *octobre*).

III. — La kolpo-uretéro-cystotomie ; nouvelle opération pour le traitement de l'uretéro-pyélite et les dernières méthodes employées pour le diagnostic de cette affection chez la femme, par Sherwood DUN (*Thèse de Paris, n°* 36, 1888).

IV. — La riunione di prima intenzione nella cistotomia perineale. — Cisto-

tomia soprapubica per calcoli saccati. — 2 casi di estrofia di vesica, operati. — Impotenza per varicosità alla vena dorsale del pene. — Stenose uretrale; estirpamento a cuneo della callosità. — Tumore fibroso del glande, par F. PARONA (*Arch. di ortopedia, anno V, nos 1 et 2, et broch., Milan*).

V. — Ueber den hohen Blasenschnitt (De la taille hypogastrique), par K. EIGENBRODT (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. XXVIII, p.* 61, 1888).

VI. — Taille sus-pubienne chez les enfants, par CALLIONZIS (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai* 1888).

VII. — Cystotomie sus-pubienne pour corps étranger (tube de verre) de la vessie, par E. BUREAU (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juillet* 1888).

VIII. — Myome énorme de la vessie pris et opéré pour une tumeur de l'ovaire, par POLAILLON et LEGRAND (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., septembre* 1888).

IX. — Intraperitoneal rupture of bladder (vessie), par H. GRANT (*Journ. of amer. med. Assoc., p.* 118, 28 *juillet* 1888).

X. — Des ruptures traumatiques de la vessie et de leur traitement, par P. LESUR (*Thèse de Paris, juillet* 1888).

XI. — Du lavage de la vessie par ponction sus-pubienne à propos d'un cas de rétention d'urine prolongée par hypertrophie prostatique compliquée de fausse route, par VERCHÈRE (*Union médicale*, 3 *novembre* 1888).

XII. — Curetting the bladder (vessie) for chronic cystitis, par K. STONE (*Boston med. journ., p.* 148, 16 *août* 1888).

I. — Ce volume, qui contient une partie de l'enseignement clinique du professeur Guyon dans son service spécial de l'hôpital Necker, est divisé en trente-quatre leçons, dont sept sont consacrées à une question chirurgicale toute d'actualité et de haut intérêt, les tumeurs de la vessie. S'appuyant principalement sur des faits observés par lui-même, l'auteur étudie, dans tous ses détails, la localisation des néoplasmes dans le réservoir urinaire, et il accorde, au point de vue du diagnostic, une importance tout à fait prééminente aux symptômes et aux signes vraiment caractéristiques de ce genre d'affection, sans qu'il soit besoin de recourir à une opération exploratrice quelconque. Les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale sont nettement tracées, l'incision de la vessie par l'hypogastre constituant la voie la plus commode et la plus sûre pour l'ablation de ces productions morbides.

L'étude des prostatiques comprend cinq leçons, dans lesquelles se trouve exposée toute la pathologie clinique et anatomique du prostatisme, y compris les nombreuses applications pratiques du cathétérisme en pareil cas.

Puis viennent les cystites (douze leçons) : l'auteur prend pour base de leur classification, non plus la prédominance de tel symptôme ou de telle lésion, mais bien leur nature ou mieux leur origine, et il les divise en blennorragique, tuberculeuse, calculeuse, des rétrécis, des prostatiques, des néoplasiques, chacune de ces variétés ayant sa physionomie clinique particulière; il y ajoute la cystite dite douloureuse, quelle qu'en soit la cause, la membraneuse, et, enfin, la cystite chez la femme. Une large

part est faite, dans ces leçons, au traitement de ces diverses formes d'inflammation vésicale.

Outre ces trois grandes classes d'affections vésico-prostatiques (tumeurs de la vessie, hypertrophie de la prostate et cystites), dont l'étude est poursuivie d'une façon plus didactique, nous trouvons, dans ce livre, plusieurs sujets détachés, tous d'une haute importance, que les hasards de la pratique hospitalière ont offerts à l'observation et à l'appréciation du clinicien. Contentons-nous de citer : les hématuries dans les rétentions d'urine, la sensibilité de la vessie au contact et à la distension, les injections intra-vésicales, le diagnostic des calculs vésicaux, l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme, etc.

Enfin, l'ouvrage se termine par quelques leçons sur les prostatites aiguës et chroniques et sur la carcinose prostato-pelvienne diffuse.

R. JAMIN.

II. — Depuis la publication de son premier mémoire, basé sur 2 cas de kolpo-uretéro-cystotomie (*R. S. M.*, XXXII, p. 609), Bozeman a de nouveau pratiqué cette opération; en tout, 13 opérations : 2 de kolpo-cystotomie, 11 de kolpo-uretéro-cystotomie. 2 de ces opérations ont été pratiquées pour urétrocèle et cystite, 1 pour pyonéphrose avec dilatation de l'uretère, 1 pour pyélite avec suppuration de l'uretère, 3 pour pyélite avec dilatation de l'uretère et 5 pour ténesme rectal, sans dilatation des uretères ou des bassinets.

B... étudie successivement l'anatomie et la pathologie des organes du bassin, surtout les modifications qu'entraîne, dans la forme, la capacité, etc., de la vessie, la rétroflexion utérine avec ou sans inclinaison latérale; l'urétrocèle et la cystite chronique, avec leur traitement par kolpocystotomie, l'uretérite et la pyélite, et enfin le ténesme rénal.

Par ténesme rénal, Bozeman comprend les contractions violentes et douloureuses d'un ou des deux uretères et du bassinet correspondant, avec sensibilité ou douleur à la pression du rein. Limitée d'abord à l'aine, puis à la région lombaire, dans les cas sévères, la douleur s'irradie à la cuisse, au genou. Ces paroxysmes, revenant chaque jour ou plusieurs fois dans une journée, sont plus fréquents et plus douloureux durant la période menstruelle. En même temps, il existe un violent besoin d'uriner, mais la miction est souvent cause d'un nouvel accès. Enfin s'ajoutent des symptômes généraux : anorexie, nausées, vomissements, des symptômes d'hystérie. Ces troubles paraissent liés au spasme de l'uretère et du bassinet.

Un signe important et caractéristique est la douleur de l'orifice de l'uretère dans son trajet à travers la paroi vésico-vaginale. Le paroxysme du ténesme rénal peut être provoqué par une injection intra-vésicale d'eau chaude.

L'auteur s'attache ensuite à établir le diagnostic de ce ténesme dans la colique rénale, les douleurs ou névralgies des ovaires et des trompes, et il cite deux faits dans lesquels le ténesme rénal, confondu avec des douleurs ovariennes, avait déterminé des ablations de ces organes étrangers aux troubles observés; deux faits de cystite et uretérite avec ténesme rectal sont cités en détail. En terminant, Bozeman insiste sur la nécessité absolue de pratiquer, lorsqu'il y a lieu, le redressement de l'utérus et son élévation, ainsi que celui de l'ovaire.

MAUBRAC.

III. — Ce travail est le premier paru en France sur ce sujet nouveau, étudié, surtout à l'étranger, par Bozeman, Sænger, Kelly, Pawlick, etc. L'auteur étudie les différents procédés mis en usage et le manuel opératoire qui paraît le plus simple et le plus pratique, puis termine par les conclusions suivantes :

Une fistule artificielle à l'un des angles du trigone de la vessie, résultant de l'opération de la kolpo-uretéro-cystotomie, donne une occasion d'étudier cliniquement une affection intéressant la vessie, les uretères et les reins, occasion qu'on ne peut avoir d'une autre manière.

Au moyen de cette fistule, qui donne accès dans la vessie, l'uretère et le bassinet, on peut irriguer le rein et enlever les accumulations de pus, d'urine décomposée au contact avec les muqueuses. La dilatation graduelle de l'uretère empêche la contraction des canaux et rend, par conséquent, plus facile la fuite des matières irritantes et des calculs. Le repos physiologique est obtenu par le drainage complet de la vessie, de l'uretère et du bassinet, si bien que toute inflammation s'arrête et que les tissus hypertrophiés redeviennent normaux.

Par ce nouveau traitement, la malade n'encourt presque point de danger, surtout comparé à celui qu'entraînent des opérations telles que la néphrotomie ou la néphrectomie. Les opérations sont, en général, faites tardivement lorsque l'affection du rein a eu le temps de progresser, ce qui entraîne, lorsque le cas ne se termine pas fatalement, la perte d'un ou deux organes vitaux. En plus, la cystite ne peut être traitée par ces opérations, cystite qui peut plus tard encore donner lieu à une affection du rein restant. L'absence congénitale de l'un des reins, ou la maladie de tous les deux, sont des raisons majeures pour interdire la néphrectomie, mais non pas pour empêcher la kolpo-uretéro-cystotomie. Au contraire, cette opération devra être faite très tôt, car alors les affections de la vessie et celles de tous les autres organes pourront être guéries. Dans quelques cas, grâce au diagnostic qui permet de faire l'incision de la vessie et l'usage d'une sonde le long de l'uretère, on peut découvrir une pierre dans le bassinet du rein, et si celle-ci est trop grosse pour passer par l'uretère, ou qu'un phlegmon soit à craindre ou toute autre complication, on peut alors, en toute confiance, pratiquer la néphrotomie ou la néphrectomie avec chance de succès. La malade, pendant ce temps, ne souffrant ni de cystite, ni de pyélite, ni de ténesme vésical ou d'irritabilité pelvienne l'empêchant de dormir, sa santé a eu le temps de se raffermir et on peut l'opérer sans crainte.

Le drainage intra-vaginal, au moyen d'un appareil spécial employé par Bozeman et décrit par l'auteur, empêche toute incontinence d'urine, et c'est grâce à cette façon de drainer la vessie que l'on peut traiter avec succès les cystites et augmenter, par conséquent, le champ d'action de cette méthode opératoire.

Lorsqu'il existe des complications vaginales, au moyen d'un traitement préliminaire, on peut vaincre systématiquement ces obstacles.

L'objection faite à l'opération que la fistule était difficile à fermer est réduite à néant par le succès obtenu avec la suture boutonnée de Bozeman, résultat de l'invention de la suture à clamp du Dr Sims.

Enfin, l'opération du Dr Bozeman, qu'il a nommée la kolpo-uretéro-cystotomie, complétée par l'exploration et le traitement des affections

de la vessie, de l'uretère et du bassinet du rein, est appelée à un avenir brillant; grâce à elle, les opérations de la néphrectomie et de la néphrotomie ouvrent leur champ limité pour le traitement des pyélites et des calculs des reins; peut-être même, un jour, arrivera-t-on à trouver des instruments qui, au moyen de courants électriques, sauront détruire l'acide urique et les calculs dans le bassinet même, et on arrêtera ainsi les phénomènes destructeurs en conservant l'intégrité parfaite du rein.

F. VERCHÈRE.

IV. — 1° Pour obtenir la réunion par première intention, après la taille périnéale, l'auteur a recours au procédé suivant : l'opération, pratiquée selon le mode classique et une sonde étant fixée dans l'urètre, il introduit dans le rectum un ballon élastique qui, distendu, fait affronter les lèvres de la plaie; ce ballon est muni, à son centre, d'un tube pour l'échappement du gaz et des matières. Chez 3 malades ainsi traités, le ballon ne remplit son rôle que d'une manière imparfaite : on dut l'enlever, soit temporairement, soit définitivement; néanmoins, dans ces 3 cas, la plaie du périnée était guérie le cinquième jour.

2° Taille suspubienne pour l'extraction de 4 calculs enchatonnés, suivie de guérison.

3° Deux cas d'exstrophie de la vessie chez des sujets mâles : opération (dans le bas âge, 5 mois et 7 ans) par avivement et affrontement, guérison.

4° Sur 3 jeunes sujets chez lesquels existaient des symptômes identiques, érection incomplète et fugace, impossibilité incomplète de pratiquer le coït sans qu'on constatât d'affection du testicule ou du système nerveux, il existait une dilatation variqueuse, ampullaire dans 2 cas, de la veine dorsale de la verge. Cette veine dilatée paraissait recevoir une partie du sang destiné à produire et maintenir l'érection. Une injection d'un demi-gramme d'hydrate de chloral (parties égales) dans la veine, en amenant l'oblitération totale ou partielle du vaisseau, permit une érection parfaite dans les 3 cas.

5° Retrécissement de l'urètre par longue cicatrice fibreuse traumatique. Extirpation longitudinale d'un coin de la cicatrice. Guérison.

6° Induration fibreuse du gland, prédominante autour du canal de l'urètre et ayant nécessité l'amputation du gland. Guérison. M.

V. — Ce travail, très complet et très intéressant, a été inspiré par Trendelenburg, dont il nous fait connaître la pratique. Il est basé sur 42 observations (dont 4 rapportées dans l'Appendice), ainsi réparties :

Calculs de la vessie.....	19 cas	3 morts.
Corps étrangers de la vessie.	2 —	0 —
Cancer de la vessie.....	6 —	3 —
Tuberculose de la vessie....	4 —	1 —
Hémorragie vésicale.....	1 —	0 —
Fistules vésicales.....	4 —	0 —
Epispadias.....	1 —	0 —
Rétrécissement de l'urètre..	5 —	0 —
Total.....	42 cas	7 morts, soit 16,6 0/0.

Les modifications principales apportées par Trendelenburg au manuel opératoire sont la substitution d'une incision transversale, rasant le bord supérieur du pubis, à l'incision médiane verticale et l'élévation du bassin pendant l'opération, qui rend inutile l'emploi du ballon de Petersen; comme pansement, suture des angles de la plaie, drain en T et décubitus latéral. La guérison s'obtient en 2 à 4 semaines.

Cette opération donne, dans l'affection calculeuse, des résultats très supérieurs à ceux de la taille périnéale, et permet, grâce à l'élévation du bassin, l'extraction facile de pierres volumineuses ou enchâtonnées, comme le montre une observation remarquable.

Dans les tumeurs vésicales, Trendelenburg a obtenu des résultats moins favorables parce qu'il a opéré indistinctement tous les cas, favorables ou défavorables; mais l'opération par sa méthode est d'une sûreté et d'une facilité incomparables. Dans un cas, la guérison s'est faite en 16 jours. Pour le diagnostic de la tumeur, l'auteur condamne l'exploration par la boutonnière rectale de Thompson et pratique d'emblée la cystotomie antérieure; il a construit, dans ce but, un spéculum électrique, formé d'une anse galvanique lumineuse logée dans une demi-gouttière métallique qui sert à la fois de réflecteur et de protecteur pour les parois vésicales.

La tuberculose vésicale est l'objet d'une étude spéciale dont les éléments sont, en majeure partie, empruntés à Guyon. Eigenbrodt pense que cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit, et qu'elle est la cause de ces états pathologiques obscurs qu'on a désignés sous le nom de « vessie irritable ».

Dans 3 cas de fistules vésico-vaginales et 1 cas de fistule traumatique, la cystotomie sus-pubienne a donné d'excellents résultats. L'auteur la préconise également dans les rétrécissements infranchissables de l'urètre pour pratiquer le cathétérisme rétrograde : une fois seulement il fallut combiner avec elle l'urétrotomie externe pour franchir le rétrécissement.

Deux observations sont particulièrement intéressantes; elles concernent des résections du lobe moyen de la prostate. Il s'agissait, dans un cas (n° 8), d'un vieillard de 72 ans, calculeux et atteint d'une rétention d'urine; Trendelenburg, après avoir enlevé la pierre, extirpa le lobe moyen de la prostate très hypertrophié : la rétention persista comme auparavant. Dans le second cas (obs. 39), c'était un homme de 65 ans également calculeux avec rétention d'urine; le lobe moyen de la prostate faisait, dans la vessie, une saillie conique du volume d'un œuf de poule; extirpation, guérison. L'opéré peut uriner sans le secours de la sonde, mais il ne vidait que partiellement sa vessie. DE SANTI.

VI. — D'après trois cas personnels, Callionzis fait remarquer que, chez les enfants opérés par la taille sus-pubienne, la sonde à demeure, par laquelle on remplace au 5e ou 6e jour le double tube-siphon de Périer, ne peut pas être supportée la plupart du temps, en raison de l'indocilité du petit malade et de l'extrême délicatesse de son canal immédiatement atteint d'urétrite intense. On peut donc, dans ces cas, supprimer la sonde, à condition : 1° de faire coucher alternativement l'enfant sur le flanc droit et gauche pour faciliter l'écoulement de l'urine par la plaie jusqu'à la cicatrisation de cette dernière : il suffit de renouveler deux fois par jour le pansement antiseptique; 2° de faire prendre, à l'intérieur, du borate de soude de façon que l'urine, ainsi rendue aseptique, n'enflamme pas la plaie. R. JAMIN.

VII. — Un homme de 26 ans, jardinier, s'introduit dans l'urètre un tube de verre, long de 7 centimètres, un peu moins gros qu'un crayon, arrondi à l'une de ses extrémités et fermé à l'autre par un bouchon : ce corps étranger

tombe dans la vessie. Ce n'est qu'au bout de 7 à 8 mois après l'accident que les smptômes de cystite sont assez violents pour forcer le malade à réclamer une intervention. La cystotomie sus-pubienne est pratiquée par Guyon, qui trouve le tube placé transversalement dans la cavité vésicale, appuyé contre le col dans sa partie moyenne. L'objet, légèrement encroûté de phosphates, est facilement et avec précaution extrait à l'aide d'une pince par une de ses extrémités. Les suites opératoires furent excellentes; le double tube-siphon, qui avait parfaitement fonctionné, fut remplacé, le 4e jour, par une sonde urétrale à demeure; la guérison définitive fut cependant quelque peu retardée par l'apparition, au 18e jour, d'une poussée de pyélo-néphrite ascendante à droite, qui dura près de 15 jours, mais finit par guérir. R. JAMIN.

VIII. — Il s'agit d'une femme de 50 ans ayant depuis un an une tumeur abdominale, sans aucun signe ni symptôme du côté des voies urinaires. On crut à une tumeur solide ou polykystique de l'ovaire ou à un fibro-myome pédiculé du fond de l'utérus, mais n'intéressant pas la cavité de l'organe. Laparotomie et ablation de la tumeur en laissant le pédicule au dehors : suites opératoires excellentes. Mais, à la chute du pédicule, on s'aperçoit que la cavité vésicale est ouverte : la tumeur enlevée s'insérait sur la paroi de la vessie. Il persiste donc une assez large fistule vésico-hypogastrique, qu'on se disposait à combler, quand la malade fut emportée par une phtisie pulmonaire galopante. R. JAMIN.

IX. — Un garçon de 19 ans tombe d'une voiture dont la roue lui passe sur le bassin et l'hypogastre. Les signes d'une rupture intrapéritonéale de la vessie étant établis, on pratique la laparotomie 5 heures après l'accident. En avant de la vessie, on découvre un fragment osseux libre, du volume d'une grosse châtaigne, provenant de la branche horizontale du pubis, et sur le fond de la vessie une rupture transversale de 2 centimètres 1/2. 11 sutures de Lembert fermèrent la plaie : tube à drainage qu'on enleva le 6e jour. Guérison sans péritonite ni accident du côté de la fracture.

Un tableau de 14 observations (auquel on peut ajouter les faits de Hofmokl (*R. S. M.*, XXIX, p. 686) et Blum (*Arch. gén. méd.*, juillet 1888), tous deux terminés par guérison) donnerait, ainsi complété, une proportion (sur 16 opérés) de 7 guérisons et 9 morts, dont 3 par péritonite, 4 par choc, 1 par hémorragie; dans un cas de Hitchcock (*Pittsburg med. Review*, mars 1888), le patient, opéré 18 heures après l'accident, succomba le deuxième jour sans qu'il soit fait mention de la cause de la mort. MAUBRAC.

X. — A l'occasion d'un fait de rupture de la vessie, observé et traité par Blum, Lesur résume 195 cas de ce genre, et, envisageant principalement la question du traitement, il pose, en principe, qu'en face d'une rupture vésicale ne communiquant pas avec le péritoine, le chirurgien doit inciser la vessie par l'hypogastre si la lésion traumatique siège sur la paroi antérieure de l'organe, et pratiquer la cystotomie périnéale si la rupture se trouve sur le bas-fond.

Dans tous les autres cas, que la rupture soit évidente ou qu'elle soit douteuse, c'est à la laparotomie immédiate qu'il convient de recourir, afin de reconnaître exactement l'étendue et le siège de la lésion.

Si la rupture est intra-péritonéale, la vessie doit être suturée, le meilleur procédé à cet égard étant celui de Lembert, le seul qui ait donné des succès chez l'homme : la toilette du péritoine, mais sans drainage, sera ensuite soigneusement effectuée. Lorsque, par sa situation et son étendue, la plaie ne peut être réunie, Lesur conseille de drainer la vessie par une large boutonnière périnéale. L'existence d'une péritonite au

début n'est pas une contre-indication de la suture vésicale, mais les chances de succès sont d'autant plus grandes que la laparotomie a été plus hâtivement exécutée. R. JAMIN.

XI. — Il s'agit d'un homme de 72 ans, qui s'était fait une fausse route avec une sonde armée de son mandrin, dont il s'était servi pour combattre une rétention passagère d'urine. Le chirurgien, ne pouvant introduire de sondes dans la vessie à cause de la fausse route créée dans la prostate, fit une ponction sus-pubienne et retira 900 grammes d'urine ammoniacale; le lendemain, 19 mai, même distension vésicale; l'état général s'était aggravé. Après avoir évacué une partie de la vessie, il fit un lavage de la vessie avec une solution boriquée; le soir même la fièvre était tombée; les ponctions furent pratiqués jusqu'au 30 mai, au nombre de 31, toutes suivies d'un lavage vésical; à cette date, le malade put commencer à uriner spontanément, et des lavages réguliers rétablirent rapidement la limpidité des urines.

Verchère insiste sur les grands bénéfices qu'il a retirés du lavage de la vessie, par la ponction hypogastrique, dans un cas où tout autre procédé de désinfection locale était impraticable. H. L.

XII. — Un homme de 47 ans souffrait depuis 7 mois d'une cystite chronique à symptômes douloureux : il n'existait ni rétrécissement, ni hypertrophie de la prostate, ni calcul vésical. On dut recourir à la boutonnière périnéale. La vessie ouverte, on constata que, même durant l'anesthésie, elle était très contractée, et que sa surface semblait couverte de granulations exubérantes. La surface entière de la vessie fut curée, puis lavée au sublimé. 5 jours après, on constatait une amélioration sensible : la miction s'établit progressivement tout entière par le pénis, et malgré un abcès de la prostate survenu peu après l'opération (ouvert dans le rectum), la plaie du périnée se combla sans fistule. La miction, qui avait lieu toutes les 10 ou 15 minutes, n'a plus lieu que toutes les 2 heures, et le patient se lève deux fois seulement la nuit. Un an après, l'amélioration se maintient : l'opéré ne se levait qu'une fois par nuit. MAUBRAC.

I. — Zur operativen Behandlung der obturirenden Prostatahypertrophie (Du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate), par Meinhardt SCHMIDT (*Deusche Zeitschr. f. Chirurgie, XXVIII, p.* 391, 1888).

II. — The formation of an artificial urethra for prostatic obstruction, par Hunter MAC GUIRE (*Journ. of amer. med. Assoc., p.* 530, 13 *octobre* 1888).

I. — Homme de 52 ans atteint depuis plusieurs années de rétention complète d'urine et de catarrhe vésical avec poussées de coliques néphrétiques. Le malade, bien portant du reste, sauf son affection vésicale et des insomnies rebelles, était obligé de se sonder toutes les heures; urine muco-purulente, souvent ammoniacale, renfermant parfois des graviers; le toucher rectal indique une prostate volumineuse, dure mais régulière; pendant le cathétérisme, le bec de la sonde heurte un obstacle dans la région prostatique et donne une sensation légère de frottement calculeux. — Traitement préparatoire du catarrhe par les lavages et les balsamiques à l'intérieur pendant quinze jours, puis opération. Cystotomie sus-pubienne. On trouve une vessie à parois très hypertrophiées, renfermant trois petits calculs et dans laquelle le lobe moyen de la prostate fait une saillie du volume d'une châtaigne qui obstrue l'orifice de l'urètre. Ablation très laborieuse de cette saillie à l'aide du morcellement. Fixation de la vessie à la plaie abdominale et tamponnement à la gaze iodoformée. Pas d'accidents consécutifs; les points de suture sont enlevés le sixième jour, mais l'urine passe exclusivement par la plaie abdominale. Au bout de quatre semaines, pas une goutte ne sortant

par l'urètre, on procède à une seconde opération. Taille périnéale médiane; dilatation forcée de la région prostatique. Le doigt introduit par la plaie abdominale et par l'urètre ne permet de sentir aucun obstacle au cours de l'urine : en conséquence, on se contente de débrider légèrement la prostate avec un bistouri boutonné, et on place une grosse canule à demeure dans la vessie. — Au bout de huit jours, on remplace cette canule par un fragment de grosse sonde en gomme, auquel on adapte un tube de caoutchouc, et le malade commence à se lever. — Au bout de cinq semaines la plaie épigastrique est fermée ; le malade urine toujours par la canule périnéale, mais il urine à volonté : on enlève cette canule. — Au bout de huit jours il urine par son urètre, et la continence de sa vessie est parfaite; urine limpide. Guérison complète.

Le chirurgien attribue l'insuccès de sa première opération à l'absence de dilatation de la portion prostatique : c'est pourquoi la taille périnéale est préférable dans ce cas à la taille hypogastrique; Benno Schmidt du reste a également échoué dans deux cas par la taille hypogastrique, tandis que Landerer et Langenbeck ont eu des succès par la taille périnéale.

En terminant, l'auteur attire l'attention sur les résultats remarquables obtenus par Harrison, de Liverpool, dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, et il faut connaître la pratique de ce chirurgien, qui consiste à débrider la prostate sur la ligne médiane à l'aide de l'incision périnéale et à maintenir la dilatation par la canule à demeure : celle-ci demeure en place de 6 à 12 semaines. Sur plus de 20 opérations de ce genre, Harrison n'a pas eu de décès et tous ses opérés ont été guéris ou améliorés. DE SANTI.

II. — Dans l'hypertrophie de la prostate, de graves lésions peuvent s'observer : miction fréquente et difficile ou impossible sans cathéter, dont l'introduction est elle-même difficile, cystite, ténesme vésical entrainant l'uretérite, pyélite, etc. A ces cas, l'auteur applique le procédé suivant :

On pratique sur l'abdomen une incision comme pour la taille sus-pubienne, et on fait une fistule vésicale dont l'ouverture siège à l'extrémité supérieure de la plaie. Le trajet de cette fistule est fait obliquement de bas en haut, d'arrière en avant, à travers la paroi abdominale, dont les diverses couches ont été incisées, en haut, à des niveaux différents.

Deux malades ainsi opérés ont retiré bénéfice de l'intervention : la vessie pouvait garder l'urine deux heures dans un cas, six heures dans l'autre cas.

MAUBRAC.

I. — Passage of air and fœces from the urethra, par Harrison CRIPPS (1 *vol. in-8°, Londres*, 1888).

II. — Rétrécissement infranchissable de l'urètre, par TROISFONTAINES (*Ann. de la Soc. méd. chirurg. de Liège, mars* 1888).

III. — Section électrolytique linéaire des rétrécissements de l'urètre, par J.-A. FORT (*Broch. in-8°, Paris*, 1888).

IV. — Ruptures traumatiques de l'urètre traitées par la suture immédiate, par Érasme de PAOLI (*Ann. des mal. des org. gén. urin., mars* 1888).

V. — *Idem*, par CAUCHOIS (de Rouen) (*Ibidem, octobre* 1888).

VI. — Urétrorraphie, par SOCIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 15, *p.* 471, 1er *août* 1888).

VII. — Gangrène spontanée essentielle de la verge, par TROISFONTAINES (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, mars* 1888).

VIII. — Klinischer Beitrag zur Lehre von der Innervation der Blase, des Mastdarmes und der Geschlechtsfunction beim Manne (Paralysie traumatique du plexus honteux chez un homme), par M. BERNHARDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 637, 6 *août* 1888).

I. — Ayant eu l'occasion d'observer personnellement deux malades chez lesquels une certaine quantité de gaz et de matières fécales s'échappaient par l'urètre pendant la miction, Harrison Cripps a recherché dans la littérature médicale anglaise et américaine les faits de ce genre qui ont été signalés, et il a pu en réunir 63 qu'il relate. La cause de la communication vésico-intestinale a été 2 fois un traumatisme, 9 fois un cancer, 45 fois de nature inflammatoire (abcès vésico-rectal, rétrécissement de l'urètre, ulcérations ou calculs de la vessie...) et 7 fois indéterminée. Quant au point de l'intestin qui se trouve en communication avec le réservoir urinaire, l'auteur donne les chiffres suivants : c'était le rectum 25 fois, le colon 15 fois, l'intestin grêle 12 fois, ces deux derniers en même temps 5 fois ; dans 6 cas, le siège de la fistule était indéterminé.

Après avoir examiné les symptômes, le diagnostic et le pronostic de ces fistules, Harrison Cripps propose trois genres d'opération pour y remédier : 1° la colotomie lombaire qui dévie le cours des matières et empêche ainsi leur passage dans la vessie; 2° la taille hypogastrique qui permet de débarrasser la vessie de son contenu putride et de fermer peut-être la fistule par une opération intra-vésicale; 3° la laparotomie, grâce à laquelle il est possible de séparer la vessie de l'intestin et de clore l'orifice de communication. R. JAMIN.

II. — Homme de 40 ans urinant avec difficulté depuis plus de huit ans et n'ayant conservé le souvenir d'aucun traumatisme urétral ou périnéal ni d'aucune blennorragie. Chez ce malade, il existait néanmoins, à 10 centimètres environ du méat, un rétrécissement que, pendant plusieurs semaines, on essaya vainement de franchir à l'aide de tous les instruments ou artifices employés en pareil cas. Enfin, Troisfontaines pratique une boutonnière périnéale; mais, celle-ci étant faite, il devient impossible de trouver le bout postérieur. Quatre jours plus tard, après de nouvelles et infructueuses tentatives, la vessie est incisée par l'hypogastre, de façon à effectuer le cathétérisme rétrograde. Aucune particularité opératoire à signaler; suites opératoires excellentes. La miction est redevenue facile et normale; une bougie n° 24, que l'opéré se passe tous les mois, ne rencontre aucun obstacle,

R. JAMIN.

III. — Fort pratique une sorte d'urétrotomie interne à l'aide d'un petit appareil rappelant un peu celui de Maisonneuve, avec cette différence que la lame triangulaire n'est pas coupante; elle est mousse et en platine, et elle constitue le pôle négatif d'un courant électrique dont l'intensité varie de 20 à 30 milliampères. La lame est poussée au contact de la stricture, l'appareil mis en marche, le pôle positif appliqué sur la cuisse du malade, et en quelques minutes le rétrécissement est sectionné.

Dans cette électrolyse linéaire, il se ferait, d'après son promoteur, une destruction moléculaire du tissu cicatriciel en contact avec la lame de platine de l'urétro-électrolyseur ; et pendant les jours suivants, il se produirait une désagrégation de la surface du passage linéaire, laquelle se manifeste par un écoulement muco-purulent.

Cette opération ne déterminerait aucune hémorragie, d'après l'auteur,

et n'aurait jamais donné lieu à aucun accident dans les 400 et quelques cas où il l'a déjà pratiquée ; elle aurait surtout l'avantage de ne pas nécessiter le port d'une sonde à demeure pendant les 36 ou 48 heures qui suivent l'opération, et de ne pas exiger de traitement consécutif

R. JAMIN.

IV. — A propos d'un cas observé et traité avec succès par lui à l'hôpital de Turin, l'auteur préconise l'incision périnéale et la suture immédiate de l'urètre rompu sans résection d'aucune partie des deux bouts. Les points de suture ne sont pas directement appliqués sur la muqueuse, comme dans le procédé de Kaufmann (de Zurich); ils ne comprennent que les tissus sous-muqueux et caverneux adossés par des surfaces assez larges. La suture périnéale est pratiquée à points très espacés pour assurer l'écoulement des sécrétions de la plaie et de l'urine qui peut, par hasard, filtrer à travers la suture de l'urètre ; une occlusion complète de la plaie périnéale, même avec l'antisepsie la plus parfaite, ferait toujours courir au malade le danger d'une infiltration urineuse.

V. — Dans un cas de rupture traumatique de l'urètre, Cauchois a immédiatement pratiqué l'incision périnéale et suturé au catgut les deux bouts du canal rompu en appliquant sur le tout un pansement iodoformé (pas de suture périnéale). Une sonde passée dans l'urètre aussitôt après l'incision est laissée à demeure pendant quatre jours seulement. Puis on commence de suite la dilatation par les cathéters Béniqué. Depuis plusieurs mois, il ne semble pas s'être produit de rétrécissement consécutif.

R. JAMIN.

VI. — Socin est, dit-il, le premier à avoir pratiqué la suture de l'urètre, proposée par Kaufmann, immédiatement après un traumatisme des régions bulbeuses ou musculeuses du canal. Voici ses deux opérations nécessitées l'une et l'autre par une chute à califourchon.

1er *cas.* — Homme de 30 ans ayant une déchirure de toutes les parties molles, y compris le fascia propria et une rupture de l'urètre, au milieu de la portion bulbeuse. Les bouts du canal, distants de 6 centimètres, furent rapprochés avec quelque difficulté et suturés ensemble sur une sonde de Nélaton. La sonde à demeure fut laissée 3 jours; puis l'opéré dut être cathétérisé, vu la rétention d'urine. Il éprouvait encore parfois une gêne de la miction, devant tenir à la présence d'un des fils de la suture. A l'aide de l'endoscope, ce fil fut retiré, et dès lors l'urètre de cet homme admet les plus grosses bougies.

2e *cas.* — Garçon de 14 ans rapidement guéri.

Tandis que dans les deux opérations précédentes, faites immédiatement après l'accident, la plaie au lieu d'être suturée fut tamponnée avec de la gaze, chez un troisième malade, un jeune garçon de 14 ans, elle avait été suturée, et l'urètre s'était cicatrisé sous un angle aigu. Un an plus tard, Socin excisa le rétrécissement et pratiqua une suture circulaire. Depuis lors, il n'y a pas la moindre apparence de rétrécissement. J, B.

VII. — Un jeune homme de bonne santé habituelle et vivant dans des conditions hygiéniques satisfaisantes est pris un jour, sans cause déterminante appréciable, d'une sensation vive de piqûre dans un espace très limité du dos de la verge, en arrière du gland. Le coït n'avait été pratiqué qu'une seule fois deux mois auparavant; pas d'habitudes de masturbation.

Le lendemain, élancements aigus et œdème du fourreau de la verge s'arrêtant au niveau du point douloureux. Ces symptômes augmentent les jours suivants ; en outre, un écoulement sanieux, fétide et parfois hémorragique se

fait par l'orifice préputial et revêt bientôt une odeur nettement gangreneuse. Le pénis acquiert, dans ses deux tiers antérieurs surtout, un volume énorme (19 centimètres de circonférence), en même temps que les ganglions inguinaux se tuméfient ; état général grave ; près de 40° de température. Au point où avait débuté la douleur apparaît alors une tache blanchâtre, insensible et froide. Le fourreau pénien, œdématé et bleuâtre, est incisé largement jusqu'à la racine de l'organe : la mortification a envahi en profondeur une grande étendue de la couche celluleuse sous-cutanée du pénis et même l'enveloppe fibreuse ; au niveau de la tache primitive, il existe un véritable entonnoir creusé dans les corps caverneux et rempli de caillots sanguins.

Les débris sphacélés sont largement éliminés à coups de ciseaux ; lavages et pansements antiseptiques. La réparation se fit sans encombre, laissant à sa suite une cicatrice déprimée et transversale, fixant fortement le fourreau de la verge au sillon balanique et incurvant légèrement le pénis sur sa face supérieure, sans toutefois gêner et déformer outre mesure l'organe copulateur.

Après avoir énuméré et passé en revue les différentes conditions étiologiques locales ou générales, signalées par les auteurs comme capables de déterminer ce singulier accident, Troisfontaines est forcé de reconnaître qu'aucune d'elles ne pouvaient s'appliquer à son malade, dont la gangrène pénienne demeure absolument inexpliquée. R. JAMIN.

VIII. — A la suite d'une chute sur le siège, de la hauteur de deux étages, un homme d'une vingtaine d'années ne peut plus uriner spontanément, tandis qu'il va à la selle involontairement et sans en avoir conscience. Il peut se tenir debout seul, mais éprouve des douleurs dans la région du dos comprise entre la 7e et la 8e vertèbres thoraciques, région qui est sensible à la pression. Aucune trace de paraplégie. Réflexes rotuliens normaux, ainsi que les plantaires : pas de phénomène du pied. La sensibilité des membres inférieurs, dans ses différents modes, est intacte. En revanche, il existe une anesthésie absolue et générale au niveau de la marge anale, de l'anus, des 2 ou 3 centimètres attenants des fesses, de la moitié interne de la face postérieure des cuisses jusqu'à un travers de main au-dessus des creux poplités, de tout le périnée, du scrotum, de la verge. Au contraire, les régions sus-pubiennes, inguinales, sacrées, ont conservé toute leur sensibilité, ainsi que la peau interne des cuisses.

Rien à signaler du côté des nerfs cérébraux ni des membres supérieurs.

La sensibilité spéciale des testicules est entière. Le coït s'exécute normalement et s'accompagne de jouissance, mais le liquide spermatique séjourne dans l'urètre et n'en sort que lentement, goutte à goutte, une fois le coït terminé. Aucune déformation du rachis. Toucher rectal négatif. Réflexes crémastériens et abdominaux intacts. Aucune anomalie de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles des membres inférieurs. Le releveur de l'anus et les muscles du périnée sont inertes aux courants les plus forts.

Sous l'influence de l'emploi successif des courants galvaniques et faradiques, l'état du malade s'améliore, en ce qu'il eut des mictions spontanées et put retenir un certain temps ses matières fécales.

Thornburn (*Brain*, janvier 1888), Kirchhoff (*R. S. M.*, XXIX, 111), Westphal (*R. S. M.*, IX, 232) et M Rosenthal (*Wiener med. Presse*, 1888) ont publié des faits présentant plus ou moins d'analogie avec celui de Bernhardt. J. B.

I. — De l'ostéomyélite du pubis, par SECHEYRON (*Archives de médecine, janvier, février, mars* 1888).

II. — Sur une variété d'ostéo-périostite albumineuse consécutive à une fracture

spontanée du fémur, par PONCET (de Lyon) (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 20 *avril* 1888).

III. — De la périostite varioleuse, par BARIÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *mai* 1888.)

IV. — The treatment of sacro-iliac tuberculosis, par Weller van HOOK (*Journ. of amer. med. Assoc., p.* 552, 20 *octobre* 1888).

V. — De la récidive des sarcomes des membres, par G. PATRON (*Thèse de Paris*, 11 *juillet* 1888).

I. — L'ostéomyélite est la plus rare des affections pubiennes. Sa séparation de l'arthrite de la symphyse est fort difficile, impossible dans l'ostéomyélite primitive.

L'ostéomyélite du pubis se présente à deux âges de prédilection : au moment de la puberté et secondairement à l'âge où s'achève le complet développement de l'homme, vers 20 ans.

La maladie débute brusquement et se révèle par ses caractères infectieux. Le tableau de la maladie est par beaucoup de points semblable à celui de la fièvre typhoïde ; il ne manque guère que la prostration.

Les phénomènes locaux précèdent ou accompagnent les phénomènes généraux. Ils donnent à la maladie sa physionomie caractéristique. Ils consistent en douleurs du pubis exagérées par la pression, surtout intenses, si l'affection occupe la face antérieure de l'os ; les mouvements sont pénibles ; la marche devient difficile, impossible.

Vers la fin de la première semaine, la situation se dénoue. La terminaison fatale est fréquente (3 fois sur 3 observations).

Le pubis est touché tout d'abord ; puis d'autres os se prennent (fémur, tibia, humérus, etc.).

Dans les cas moins nets, la marche est plus lente. La maladie prend les allures d'une septicémie subaiguë. Après la première semaine, la suppuration est inévitable ; elle amène la production d'abcès, de fistules ; l'ostéomyélite peut se prolonger.

Comme traitement, la trépanation du pubis constitue l'intervention la plus pressante, la plus rationnelle. RICHARDIÈRE,

II.— La fracture spontanée d'un os long, chroniquement enflammé, peut s'accompagner d'un épanchement séro-sanguinolent pouvant donner le change et faire croire à une collection purulente. Cet exsudat consécutif à une ostéo-périostite plastique, ou mieux hydropique, présente les mêmes caractères que ceux de la périostite albumineuse. Il s'agit donc d'une variété d'ostéo-périostite albumineuse réclamant comme conditions pathogéniques un état inflammatoire plus ou moins ancien du squelette, un traumatisme de l'os dont la fracture peut être considérée comme le dernier terme. RICHARDIÈRE.

III. — Barié rapporte dans son mémoire quatre faits personnels d'une complication rare de la variole. La périostite survient pendant la convalescence au bout de 4 à 6 semaines, et de préférence chez les adolescents. Elle peut être circonscrite à un os ou en envahir plusieurs ; elle siège sur les os longs généralement au niveau de la diaphyse ; elle a une prédilection pour les os des membres inférieurs et spécialement pour le tibia ; elle se caractérise par une douleur spontanée et un gonflement notable de l'os, sans changement de coloration de la peau ; l'affec-

tion est apyrétique et se termine par résolution en 2 à 6 semaines; le repos au lit avec cataplasmes laudanisés et emplâtre de Vigo suffit pour la guérison. La fatigue, la marche semblent n'être que les causes occasionnelles de la localisation de l'élément infectieux. H. L.

IV. — Dans la tuberculose sacro-iliaque, avant qu'il se soit formé d'abcès, le traitement hygiénique et symptomatique général, avec révulsifs, repos mécanique complet et extension, amènera la guérison. 17 malades ainsi traités ont donné 16 guérisons.

Mais s'il y a abcès ou fistule, l'évidement s'impose : sur 38 malades, 3 seulement ont guéri sans aucune intervention.

Or, selon le siège du dépôt tuberculeux, le manuel opératoire diffère. Lorsque l'abcès est extra-pelvien et qu'il y a lieu de supposer que la partie la plus atteinte est située en arrière, on opère ainsi : incision partant de l'épine postéro-supérieure, longue de 2 pouces et demi, parallèle à la crête sacrée, et par cette ouverture raclage de l'os atteint; si l'espace créé est insuffisant, on résèque tout ou portion de l'épine inférieure, ce qui donne plus de jour qu'une résection du sacrum.

Si l'abcès est intra-pelvien et que l'on suppose la partie antérieure de l'articulation la plus atteinte, il faut s'appliquer à ne pas toucher la partie postérieure qui est saine. Voici comment on devra procéder : on découvre l'épine iliaque postéro-supérieure, et on en détache le périoste avec les insertions tendineuses des muscles voisins; avec un large ciseau, on fait sauter un fragment de l'épine iliaque suffisant pour qu'on puisse introduire le doigt dans le bassin ; les ligaments interosseux ayant été divisés avec le bistouri, les bords de l'articulation sont ainsi accessibles au doigt et par suite à une curette de Volkmann, à l'aide de laquelle on pourra enlever toutes les masses tuberculeuses des parties dures et molles; on draine avec de la gaze iodoformée.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 32 ans ainsi opéré et qui a complètement guéri. MAUBRAC.

V. — Ce travail est basé sur l'analyse de 132 observations de sarcomes des membres, recueillies la plupart dans la littérature française.

Des tableaux montrent le résultat général des opérations pratiquées (ablation, résection, amputation, etc.), le résultat relativement à l'âge du sujet, au siège du sarcome, à l'âge du néoplasme ; aucune notion bien nette ne se dégage de ces tableaux. Sur un total de 240 opérations, on voit 125 guérisons (52 0/0), 76 récidives (27 0/0), 27 généralisations (11 0/0) et 34 morts (14 0/0).

La récidive, bien que très fréquente, peut être éloignée par une ou plusieurs opérations, et elle serait d'autant plus à craindre que le malade est plus jeune et la marche du sarcome, plus rapide. Notons toutefois que l'auteur n'a pas remarqué la différence que l'on a essayé d'établir entre les diverses variétés histologiques du sarcome au point de vue de la fréquence et de la gravité de la généralisation, pas plus que de la récidive.

Le nombre des guérisons obtenues par l'opération est presque le double de celui des récidives, et celle-ci n'aggravant pas de beaucoup le pronostic du sarcome, l'opération est justifiée même dans les sarcomes récidivés.

La généralisation peut apparaître sur n'importe quelle région, et le

choix de l'opération n'a pas autant d'influence que l'âge et le développement de la tumeur. MAUBRAC.

I. — Fracture of the first rib alone (Fracture portant uniquement sur la première côte), par F. MARSH (*Lancet*, 30 *juin* 1888).

II. — Fractures intra-articulaires de la tête humérale, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 27 *janvier* 1889).

III. — Exceptional fracture at the lower extremity of the humerus (Fracture rare de l'extrémité inférieure de l'humérus), par Ch. POWERS (*N. York med. Record*, *p.* 311, *mars* 1888).

IV. — A contribution to the treatment of fractures at the lower end of the humerus, based on the analysis of fifty consecutive cases, par Charles POWERS (*N. York med. Record*, 22 *décembre* 1888).

V. — Wiring the olecranon process (Suture de l'olécrâne), par Thomas H. MAULEY (*N. York med. journ.*, 5 *janvier* 1889).

VI. — Zur Behandlung der Frakturen in das Ellbogengelenk (Traitement des fractures du coude), par C. LAUENSTEIN (*XVIIe Cong. des chirurg. allem.; Cent. f. Chir.*, *n°* 24, *p.* 61, 1888).

VII. — Zur pathologischen Anatomie der Patellarfracturen, par HOFFA (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 878, 22 *octobre* 1888).

VIII. — Ueber einen Fall von Querbruch der Patella (Fracture de la rotule), par RINNE (*Soc. méd. de Greifswald*, 3 *mars* 1888).

I. — Arbuthnot Lane a montré que les fractures isolées de la première côte étaient moins rares que ne le disent les classiques, puisqu'il a pu en constater quatre cas sur 200 sujets consécutivement examinés dans les salles de dissection de Guy's Hospital. La fracture peut avoir pour cause une violence directe ou indirecte d'après les trois mécanismes suivants : 1° choc direct sur la partie postérieure de la côte ; 2° force appliquée sur la première pièce du sternum ; 3° choc transmis au travers de la clavicule.

D'après F. Marsh, pour que le deuxième mécanisme agisse, il faut qu'il y ait ossification du cartilage qui unit la première côte au sternum ; sans cela la pression ne serait pas transmise.

En général, ces fractures ne sont pas constatées pendant la vie parce que le périoste, assez épais, forme attelle à l'os et empêche tout déplacement. Lorsque la fracture est complète, on peut trouver la crépitation dans la fosse susclaviculaire. Les plaies des organes voisins sont assez rares. Si l'on cherche soigneusement cette fracture dans toute forte contusion de l'épaule, on verra qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. L. BARBON.

II. — L'examen de 50 cas de fractures intra-articulaires conduit Mollière à admettre deux variétés :

1° La fracture par cause directe, surtout fréquente chez les vieillards, fracture sans gravité, qui guérit spontanément par le repos.

2° La fracture par cause indirecte, par pénétration, qui s'observe à tous les âges, mais surtout chez les jeunes sujets et qui présente trois degrés : A. pénétration et engrainement ; B. pénétration sans engrainement, avec

menace de perforation de la peau; C. éclatement de la tête humérale ou propulsion de cette tête hors de la cavité glénoïde. A. C.

III.—Il s'agit d'un enfant de onze ans qui, tombé d'un train, présentait une impuissance complète à mouvoir son coude. L'articulation était intacte et la situation réciproque de l'épicondyle et de l'épitrochlée normale des deux cotés. Cependant, entre cette dernière et l'olécrâne, on sentait un corps du volume d'une amande, mobile, et donnant alors une crépitation facilement perceptible. L'articulation, saisie en arrière à plaine main et immobilisée ainsi, on pourait déplacer un peu l'apophyse coronoïde sur la trochlée humérale, et on entrainait alors le fragment en question. On ne pouvait sentir la partie inférieure et interne de la trochlée humérale.

De cette exploration faite sous l'éther, l'auteur conclut que ce fragment ne pourrait être que cette partie inférieure de la trochlée de l'humérus. Après immobilisation, la consolidation de la fracture se fit bien, tous les mouvements furent récupérés, sauf l'extension, qui avait perdu dix degrés du mouvement normal. P. DUFLOCQ.

IV. — Powers rapporte cinquante observations personnelles ; dans ce nombre, il y avait 10 fractures de l'épitrochlée; 12 de la trochlée pénétrant dans l'articulation; 15 du condyle; 6 passant transversalement à la base des tubérosités de l'os; 2 passant à travers la ligne épiphysaire ; 4 fractures en T ou comminutives; 1 séparation de l'épiphyse trochléenne.

9 des malades avaient dépassé 20 ans ; 41 étaient au-dessous de cet âge. De ces 41 malades, 13 avaient moins de 5 ans ; 12 entre 5 et 10 ans; 13 entre 10 et 15 ans ; 3 entre 15 et 20 ans; le plus jeune avait 2 ans; le plus âgé, 43 ans; 40 étaient des hommes, 10 des femmes. Une seule fracture était compliquée.

Sur ces 50 cas, il y a eu 33 fois restauration complète des fonctions et de la forme ; 7 fois les fonctions ont été légèrement limitées ; 1 fois très limitées. Deux fois, difformité légère avec un peu de limitation des fonctions ; 1 fois, difformité très prononcée avec restauration complète des fonctions ; 1 fois, ankylose.

En somme, il y a eu 40 guérisons complètes sur 47 cas, et 3 résultats mauvais.

L'auteur s'élève contre la mobilisation exercée dès les premiers jours ; il prouve, par ses observations, qu'il vaut mieux immobiliser jusqu'à la consolidation parfaite. E. KIRMISSON.

V. — Mauley publie un second fait de suture de l'olécrâne : son premier cas a été publié dans la *Pittsburgh med. Review.*

Il s'agit d'un homme de 33 ans atteint d'une fracture compliquée de l'olécrâne droit à sa base. Le lendemain de l'accident, les deux fragments furent suturés à l'aide d'un fil d'argent, dont les extrémités furent sectionnées au ras de l'os. Le bras fut immobilisé dans la position à angle droit. Le malade était en pleine éruption syphilitique. Il y eut de la suppuration ; au bout de cinq semaines , l'appareil plâtré fut enlevé, et on trouva un certain degré d'ankylose. On fit lentement la mobilisation de l'articulation, et deux mois après son entrée, le malade quitta l'hôpital avec une consolidation osseuse, pouvant fléchir et étendre remarquablement bien le bras, étant donné le court espace de temps écoulé depuis l'accident.

L'auteur pense que la suture osseuse est le procédé de traitement de ces fractures, sauf de rares exceptions. Il croit devoir conseiller des mouvements passifs après la troisième semaine. E. KIRMISSON.

VI. — Lauenstein ayant eu l'occasion d'examiner les pièces d'une ancienne fracture du coude traitée par l'immobilisation dans la flexion constata que la flexion se faisait non pas au niveau de l'articulation, mais au niveau de la fracture. — Il reproche en outre à la flexion de ne pas permettre de reconnaître les déplacements des condyles, ces déplacements n'ayant pour résultat immédiat qu'une légère rotation de l'avant-bras autour de son axe longitudinal. Mais la guérison obtenue, même avec la totalité des mouvements, il en résulte une difformité plus ou moins considérable et surtout sensible dans l'extension. C'est pour ces diverses raisons que l'auteur immobilise les fractures du coude dans l'extension.

Bardenheuer est également partisan de l'extension.

Wagner et Sonnenburg, plus éclectiques, pensent qu'il faut employer tantôt l'extension, tantôt la flexion suivant les cas. PIERRE DELBET.

VII. — Hoffa produit expérimentalement des fractures de la rotule en procédant ainsi : il ouvre avec un ténotome la capsule articulaire, entame à la scie la rotule et achève de la fracturer au moyen d'un coin placé dans le creux proplité. L'aponévrose est toujours déchirée très irrégulièrement et ses lambeaux s'interposent entre les fragments.

Hoffa pense que, sur le vivant, la pression atmosphérique, en pressant les lambeaux aponévrotiques entre les fragments rotuliens, a pour effet d'empêcher la consolidation. J. B.

VIII. — Rinne a traité par le massage, d'après la méthode de Tilanus, une fracture transversale de la rotule chez un homme de 40 ans. L'écartement des fragments n'était que de 2 centimètres, mais l'hémarthrose était énorme.

Dès le premier jour, massage méthodique du quadriceps fémoral et mouvements de flexion communiqués au membre. Au bout de 10 jours, l'épanchement avait disparu et les fragments s'étaient rapprochés, bien qu'on n'eût appliqué aucun appareil. Dans le courant de la troisième semaine le blessé put marcher. Pas d'écartement des fragments, pas d'atrophie musculaire. Résultat excellent. L. GALLIARD.

I. — Die Doppelluxation der Schlüsselbeines (La double luxation de la clavicule), par C. KAUFMANN (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXVIII, p.* 403).

II. — Demonstration eines Præparates von Handgelenksluxation (Luxation du poignet en avant), par R. KOEHLER (*Berlin. klin. Woch., n°* 48, *p.* 977, 26 *novembre* 1888).

III. — Idem, par J. ISRAEL (*Ibidem*).

IV. — Luxation habituelle de la rotule. Traitement opératoire, par ROUX (de Lausanne) (*Revue de chirurgie, n°* 8, *p.* 682, 1888).

V. — Subluxation de la rotule en dehors d'après un mécanisme non encore décrit, par R. CONDAMIN (*Lyon méd.*, 30 *septembre* 1888).

I. — Un postillon, âgé de 36 ans, tombe de son siège dans un accident de voiture et heurte violemment contre le sol avec son épaule gauche. Examiné une heure après l'accident, il offre une luxation totale de la clavicule de ce côté, caractérisée par les signes suivants : inclinaison légère de la tête à gauche, déviation de l'épaule en bas et en avant, augmentation de profondeur des creux sus et sous-claviculaires, adduction du bras gauche qui doit être soutenu par la main droite, impossibilité de l'abduction et de l'élévation au delà de 30°. En outre, l'extrémité interne de la clavicule se trouve en avant de la

poignée du sternum, à 5 millimètres de la ligne médiane, où elle forme une tumeur sensible et visible sous la peau (luxation présternale), tandis que son extrémité externe, qui se laisse facilement palper et saisir dans tous les sens, fait une saillie de 4 cent. au-dessus et 3 cent. en arrière de l'acromion (luxation sus-acromiale). Mouvements anormaux très prononcés entre la clavicule et l'acromion; il est même possible, en saisissant la clavicule à la partie moyenne, de lui imprimer de faibles mouvements de rotation sur son axe pendant lesquels les extrémités luxées font fortement saillie sous la peau. La traction sur l'épaule gauche en haut, en arrière et en dehors amène la réduction de la luxation acromiale avec un craquement très net, et la luxation sternale se réduit également en refoulant l'extrémité interne de la clavicule en dehors, mais les deux luxations se reproduisent immédiatement dès qu'on abandonne les manœuvres, et dans ce mouvement on voit l'os exécuter une légère rotation sur son axe. Pour maintenir la réduction, l'auteur s'est servi d'un coussin axillaire combiné à l'élévation du coude gauche par un bandage, à la traction de l'épaule en arrière par des bandelettes de diachylon et au refoulement direct de la clavicule par un coussinet d'ouate. Guérison en 4 semaines : la déformation présternale persiste cependant.

L'auteur a pu réunir 7 autres observations de cette lésion, toutes consécutives à des violences considérables. Le mécanisme de cette luxation paraît être une pression considérable exercée suivant son axe sur les deux extrémités de la clavicule, de telle sorte que cet os s'énuclée de ces articulations à la façon d'un noyau de cerise (Col) : il s'y ajoute probablement aussi un mouvement de torsion de l'épaule; mais il faut admettre (Porral), pour la production de la luxation bilatérale, une résistance particulière de la clavicule; sinon il se produirait une fracture avec ou sans luxation. DE SANTI.

II. — Femme de 30 ans, bien portante jusqu'à une chute qu'elle fit, la main en forte extension portant perpendiculairement sur le sol. Immédiatement après, la main devient infirme et impropre à tout usage. Pas de traitement compétent durant des mois. Au milieu de douleurs survient lentement un gonflement de la totalité de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras. Un médecin pratique alors quelques incisions sur le dos du carpe, sans trouver de pus. La tuméfaction des parties molles ne cesse d'augmenter. Kœhler voit la malade un an après l'accident. Le gonflement du membre était tel et les parties molles étaient si lardacées qu'on ne sentait pas les os et qu'on ne reconnaissait pas les limites entre la main et le poignet. Raclage des parties osseuses situées au fond des fistules. Une gangrène des doigts nécessite l'amputation de l'avant-bras.

Sur la pièce, on voit une luxation de la main en avant; le carpe est remonté sur la face palmaire de l'avant-bras, le radius et le cubitus se trouvent sur le dos du carpe, le premier au niveau de la base du troisième métacarpien, le deuxième au niveau du triangulaire. En même temps, les os luxés ont éprouvé un déplacement latéral tel que la main est portée sur le bord radial, tandis que les os de l'avant-bras sont déviés vers le bord cubital. Les diaphyses des os de l'avant-bras offrent des marques de périostite chronique; l'extrémité inférieure du cubitus présente une prolifération cartilagineuse. Les os du carpe, au complet, sont en partie soudés par synostose. Enfin, détail caractéristique pour une luxation traumatique primitive, une grande partie du cartilage de la surface articulaire du radius est conservée.

III. — J. Israël a observé le fait suivant : dans le cours d'une scarlatine, une fillette de 7 ans avait eu des arthrites aiguës des poignets, de la hanche droite et du genou gauche. Le poignet droit et la hanche suppurèrent et devinrent fistuleux. L'arthrite du poignet gauche se termina rapi-

dement par résolution, mais en donnant lieu à une luxation complète du poignet en avant, semblable au cas de Kœhler, avec cette différence qu'elle se réduisait avec la plus grande facilité par traction de la main ou par pression sur la paume du carpe ; mais elle se reproduisait aussitôt qu'on cessait ces manœuvres. Une fois la luxation réduite, les mouvements étaient parfaitement libres et normaux. Cette forme rappelle les luxations coxofémorales consécutives à la fièvre typhoïde. J. B.

IV. — Enfant de 13 ans ayant depuis 3 ans une luxation récidivante de la rotule gauche. Celle-ci se déplace au moindre effort dans la flexion de la jambe, d'où des troubles et des accidents incessants dans la marche; l'examen clinique minutieux montre une luxation complète de la rotule en dehors, avec déchirure de l'aponévrose rotulienne interne, luxation qui récidive à chaque instant dans l'influence d'une traction opérée par le vaste externe.

Roux fait l'opération suivante : 1° incision en dehors de la rotule et section des fibres du vaste externe qui vont s'attacher au quadrant supéro-externe de l'os ; 2° incision à la partie interne, contournant tout le bord interne de la rotule et descendant le long du ligament rotulien ; suture de l'aponévrose latérale de la rotule déchirée ; 3° déplacement du ligament rotulien libéré en dehors par une incision parallèle à son bord externe, et désinséré avec le ciseau de Mac Ewen ; fixation de ce tendon par deux clous d'acier, en dedans de son attache normale, sur une surface préalablement dépouillée de son périoste.

Réunion par première intention. Résultat fonctionnel excellent.

C. WALTHER.

V. — Homme de 24 ans. En 1876, ostéite suppurée de la partie inféro-interne du fémur.

L'ouverture du foyer, faite à Genève, fut pratiquée au moyen d'une incision oblique de haut en bas et d'avant en arrière, c'est-à-dire perpendiculairement à la direction des fibres du vaste interne. Cette section musculaire a amené une subluxation progressive de la rotule, et quand le malade entre dans le service d'Ollier à Lyon pour une nouvelle poussée d'ostéite, on constate que la rotule repose presque complètement sur la partie antérieure du condyle externe.

Condamin n'a pu trouver de cas analogue. A. G.

I. — Die operative Entfernung des knöchernen Brustgürtels (De l'amputation inter-scapulo-thoracique), par von ADELMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 511, 18 *juin* 1888).

II. — Excision of the large joints (Résection des grandes articulations), par J. ASHHURST (*Journ. of amer. med. Assoc.*, *p.* 457, 22 *septembre* 1888).

III. — Ein neue Vorschlag die Brauchbarkeit der daumenlosen Hand zu verbessern (Nouvelle méthode chirurgicale pour suppléer à la suppression du pouce), par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 30, *p.* 612, 1888).

IV. — Ueber partielle Resektion der Symphyse (Résection partielle de la symphyse des pubis), par HELFERICH (*XVIIe Cong. des chir. allem.; Cent. f. Chir.*, *n°* 24, *p.* 56, 1888).

I. — Jusqu'à la monographie de P. Berger (*R. S. M.*, XXX, 282), l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc n'était mentionnée par les classiques qu'à l'occasion de l'ablation de l'omoplate ou de la désarticulation scapulo-humérale.

En réunissant aux cas rapportés par Berger ceux qui lui ont échappé ou qui ont été publiés postérieurement, von Adelmann fournit la statis-

tique de 67 amputations qu'il répartit en trois catégories, suivant l'indication opératoire.

La première catégorie, comprenant les opérations pour traumatismes, se compose de 14 cas dont 9 ont guéri, tandis que les 5 autres ont succombé; mais pour ces derniers, il convient de distinguer ceux où la mort a été la conséquence de l'opération de ceux où elle a été la suite de blessures simultanées d'autres organes.

La deuxième catégorie, comprenant les amputations pour troubles de nutrition des tissus (carie, etc.), ne renferme que 3 cas qui ont tous guéri, l'un après plusieurs petites opérations successives.

La troisième catégorie comprend 50 amputations entreprises pour récidives de néoplasmes, parmi lesquels les sarcomes viennent en tête. Pour apprécier les résultats de ces opérations, il convient de respecter la division établie par Berger entre les amputations exécutées en un seul temps et celles pratiquées en plusieurs séances. Le résultat général n'est nullement brillant. Les 25 opérations en un seul temps ont donné 10 guérisons et 15 morts; des 19 opérés en deux séances, 10 ont succombé; des 4 opérés à trois reprises, 3 ont guéri; enfin des deux ayant subi 6 opérations successives, l'un est indiqué comme guéri, tandis que l'autre est mort d'une nouvelle récidive le quatrième jour, après sa sixième opération. Soit en tout 24 guérisons contre 26 décès. Malheureusement, le chiffre des guérisons est encore probablement optimiste, parce que pour un certain nombre d'entre elles il s'est écoulé trop peu de temps depuis l'opération et qu'on ignore, d'autre part, au bout de combien de temps on peut compter que la guérison soit définitive. Il faut laisser se passer au moins quatre ans avant de porter un pronostic favorable.

La plupart des observations ne fournissent aucun détail sur l'état des organes respiratoires avant l'opération; cependant von Adelmann est disposé à croire que si le volume de la tumeur de l'épaule ne s'opposait pas à la percussion et à l'auscultation du thorax, on constaterait vraisemblablement quelquefois des phénomènes de métastase constituant une contre-indication opératoire.

Parmi les 26 morts consécutives à des amputations pour récidives de tumeurs, on n'en compte que 10 dues à l'opération elle-même; les autres sont le fait des récidives. Trois fois les opérés ont succombé au choc, l'un à cause de son âge tendre, un deuxième à cause de l'étendue des dégâts opératoires qui comprenaient une résection de côtes. Un amputé a succombé à l'hémorragie opératoire, un autre à une hémorragie secondaire tenant à la ligature défectueuse de l'artère sous-clavière, un troisième par épuisement, un quatrième à la gangrène consécutive de la plaie, un cinquième à la septicémie. Enfin, des deux derniers, l'un avait déjà les poumons envahis et de la pleurésie purulente, l'autre une dégénération graisseuse du cœur. J. B.

II. — Ce mémoire est basé sur 120 cas personnels, comprenant 4 résections de l'épaule, 19 du coude, 40 de la hanche, 51 du genou et 6 du cou-de-pied.

Les 4 réséqués de l'épaule ont guéri. Un seul cas est d'intérêt spécial : il s'agit d'une femme de 30 ans, atteinte de nécrose aiguë de l'humérus avec pyarthrose. La moitié supérieure de l'humérus fut enlevée, et 24 jours après, la moitié restante, comprenant le condyle, fut aussi enle-

vée : on ne laissa qu'une mince couche osseuse adhérente au périoste. La malade guérit, et récupéra l'usage de son membre.

L'opération est pratiquée à l'aide de l'incision longitudinale.

Des 10 réséqués du coude, 6 sont morts : deux de gangrène, conséquence du trauma, et qui auraient gagné à être amputés plutôt que réséqués, un de delirium tremens, deux de tuberculose méningée, et le dernier, un vieillard, d'épuisement au bout de quinze jours. L'incision longitudinale interne a été employée.

A la hanche, 40 résections sur 37 malades. Deux fois on a dû exciser les deux fémurs, et une fois on dut répéter l'opération sur un fémur qu'envahissait une carie récidivante : ce dernier cas s'est terminé par la mort; les deux réséqués des deux côtés ont guéri. Des 37 malades, 25 ont guéri, 11 sont morts (un patient est encore en observation). L'incision courbe autour et en arrière du trochanter a été adoptée avec la résection des deux trochanters; après l'opération, le membre est placé en adduction et en extension à l'aide de poids. Dans 13 cas (sur 28 opérations terminées par guérison) le patient avait l'usage du membre. L'auteur insiste sur la gravité croissante de l'opération, à mesure que l'âge s'élève; c'est ainsi qu'il a eu 25 succès et 4 morts au-dessous de 15 ans, 3 succès et 7 morts chez les sujets plus âgés. C'est la coxalgie qui, le plus souvent, a nécessité l'intervention.

La résection du genou a été pratiquée 51 fois sur 50 patients.

Un malade subit une nouvelle résection neuf ans après une première opération; un autre subit l'amputation de la cuisse dix semaines après la résection, et guérit. Au total, 5 décès.

Six réséqués du cou-de-pied donnent deux morts de phtisie quatre et neuf mois après l'opération.

Il est à noter que la majorité de ces résections ont été pratiquées sans précautions antiseptiques.

William Mac Cormac rapporte qu'il a réséqué avec succès la hanche à un marin atteint de luxation irréductible depuis trois ans : après l'opération, le patient avait le plein usage de son membre. MAUBRAC.

III. — Lauenstein propose de mettre l'index en opposition avec le petit doigt chez les sujets privés de pouce. Pour cela, il divise les métacarpiens de ces deux doigts à la partie supérieure au moyen de la scie à chaîne, leur fait exécuter un mouvement de rotation vers la paume de la main et les fixe dans cette position par un appareil.

Il a appliqué son procédé à un matelot âgé de 50 ans, blessé à la main et privé des phalanges du pouce. L'index et le petit doigt constituent une pince qui, dans la flexion, peut saisir des objets très menus.

L. GALLIARD.

IV. — Helferich recommande la résection de la symphyse des pubis pour se donner plus de jour dans les opérations de la vessie. Mais pour ne pas compromettre la solidité du bassin, il faut faire seulement une résection partielle s'étendant, dans le sens transversal, d'une épine pubienne à l'autre; dans le sens vertical, du bord supérieur de la symphyse jusqu'au niveau d'une ligne passant par la partie supérieure du trou obturateur. Cette opération, facile à exécuter, découvre largement la vessie et permet d'agir librement sur elle. L'auteur l'a faite trois fois.

PIERRE DELBET.

Eine neue Behandlungsmethode der seitlichen Rückgratverkrümmung (Nouvelle méthode de traitement de la scoliose), par Ernst FISCHER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 781, *et n°* 40, *p.* 808, 24 *septembre et* 1er *octobre* 1888).

Le traitement que Fischer emploie dans la scoliose est basé sur les études qu'il a faites du mécanisme de développement de cette déviation latérale du rachis (*R. S. M.*, XXIX, 268). En prenant pour type la déformation la plus habituelle, savoir la scoliose dorsale à convexité droite, il soumet trois fois par jour, durant trois quarts d'heure, ses malades aux exercices suivants :

1° Le malade appuie les coudes sur une chaise rembourrée dans une posture telle que la colonne vertébrale occupe une situation à peu près horizontale. Fischer applique alors sur le sommet de la courbure anormale une bande élastique de 8 centimètres de large qui fait le tour du corps et sert à suspendre un poids de 8 à 80 kilogr., variable suivant l'âge, les forces et le degré d'entraînement. Le poids est laissé tant que le malade le supporte ; quelques minutes seulement au début des exercices. On a soin d'ailleurs de déplacer légèrement la bande de temps en temps pendant la séance. Quand les coudes sont fatigués, le malade appuie les mains sur un siège un peu plus bas.

2° Après quelques instants de repos, on fait faire au malade des exercices gymnastiques ayant pour but de fortifier les muscles du rachis et ceux des épaules : haltères, barres, etc.

3° Immédiatement après, le malade reprend la posture de l'exercice ; à son côté gauche est placé un tréteau présentant deux saillies matelassées, l'une pour l'épaule, l'autre pour la hanche. La corde qui suspend le poids passe au-dessus du tréteau.

4° Viennent ensuite des exercices gymnastiques destinés aux muscles des épaules, de la nuque et du tronc. Le malade élève et abaisse 100 ou 200 fois de suite chacune de ses omoplates, puis les deux simultanément. Il exécute aussi des mouvements de rotation du tronc autour de son axe longitudinal.

5° Pour prévenir l'exagération des courbures compensatrices, on leur applique des contrepoids.

Jusqu'ici Fischer a appliqué ce traitement toujours avec succès chez 25 malades, dont la plupart étaient âgés de 14 à 17 ans.

En terminant, il donne la description d'une balance destinée à étendre la répartition du poids du corps entre les deux jambes. J. B.

Nouvelles recherches sur la pathogénie et la prophylaxie des accidents industriels du phosphore et en particulier de la nécrose phosphorée, par MAGITOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 *novembre* 1888).

Malgré les précautions hygiéniques qui ont été prescrites depuis quelques années pour prévenir les accidents dus à la préparation du phosphore en nature et à la fabrication des allumettes ou phosphore blanc, Magitot en a personnellement recueilli, depuis l'année 1875, 65 cas, qui se divisent en deux catégories. La première catégorie comprend 46 cas de nécrose confirmée, dont 20 suivis de mort, et la seconde 19 de nécrose au début, qui ont tous guéri. En comparant cette statistique avec celles qui ont été publiées en France et à l'étranger depuis

1860, on remarque que le chiffre de la mortalité est à peu près le même pour chacune d'elles et oscille entre 25 et 30 0/0.

La pathogénie de la nécrose phosphorée a donné naissance à plusieurs théories :

1° La théorie de l'action élective du phosphore sur le tissu osseux en général et sur les maxillaires en particulier.

2° La théorie de la voie gingivale et périostique.

3° La théorie de la carie déntaire.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter sur la première de ces théories, qu'aucune expérience n'est jamais venue confirmer. Quant à la seconde, encore défendue par nombre d'auteurs éminents, l'auteur ne peut l'accepter, car il est prouvé par de nombreux faits que l'affection est, à son début, non extérieure et superficielle, mais profonde et centrale, et qu'en réalité son point de départ est intra-alvéolaire. C'est ce que l'on constate toujours lorsque les circonstances permettent d'observer la maladie dès sa première période.

La carie dentaire est indispensable au développement de la nécrose phosphorée. Lorsqu'elle a atteint sa troisième période, lorsqu'elle est, suivant l'expression de Magitot, la carie pénétrante, elle permet aux agents phosphorés de pénétrer jusqu'au périoste alvéolaire et de provoquer une périostite, qui plus tard sera suivie d'ostéite et de nécrose. Ce mémoire se termine par un résumé d'observations et l'énoncé de prescriptions hygiéniques, susceptibles de réaliser la prophylaxie des accidents divers du phosphore. OZENNE.

I. — **Un caso di tetano traumatico con emiplegia faciale, par GUIFFRE** (*Lo Sperimentale, octobre* 1887).

II. — **Sur quelques formes rares de tétanos, tétanos céphalique, trismus hémiplégique, par TERRILLON et SCHWARTZ** (*Revue de chirurgie, p.* 44, *janvier* 1888).

III. — **Observation de tétanos céphalique, par CHARVOT. Rapport, par TERRILLON** (*Bull. de la Soc. de chir., t. XIV, p.* 687).

IV. — **Un cas de tétanos à début céphalique avec paralysie faciale, par Ch. REMY et F. VILLAR** (*Gaz. des hôp.*, 11 *décembre* 1888).

V. — **Paralysie faciale et tétanos. Du tétanos céphalique avec paralysie faciale (tétanos dit céphalique ou hydrophobique de Rose), par Francis VILLAR** (*Gaz. des hôp.*, 22 *décembre* 1888).

I. — Un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale, suivi de guérison, traité par la paraldéhide. G... étudie, à propos de son observation, les divers cas publiés jusqu'ici et fait une étude détaillée de cette forme rare de la maladie. A. C.

II. — Les auteurs rapportent d'abord une observation personnelle de tétanos céphalique chronique caractérisé par une contracture localisée aux élévateurs de la mâchoire des deux côtés et aux muscles de la face du côté blessé ; l'affection se termina par la mort subite malgré la marche chronique qui pouvait faire espérer une issue favorable.

Terrillon et Schwartz ont pu réunir 18 cas de tétanos céphalique (Kopftetanus).

La cause de l'affection était toujours une plaie à la tête ; l'affection était presque toujours caractérisée par une paralysie faciale en général du côté de la plaie, avec ou sans contracture des muscles paralysés. Dans le fait de Terrillon la paralysie siégeait du côté opposé à la blessure. Dans quelques cas, début unilatéral de la contracture, du trismus; dans d'autres, troubles de la déglutition rappelant le tableau de l'hydrophobie.

On trouve 6 guérisons et 12 morts sur 18 cas de tétanos céphalique, soit 36,66 0/0, mortalité inférieure à celle du tétanos général, qui est de 88 0/0.

Dans la guerre de sécession, 21 cas de tétanos par plaie de tête n'ont donné qu'une guérison, soit 95,2 0/0 de mortalité.

On peut grouper en deux classes les observations relevées par Terrillon et Schwartz :

Dans les unes, la paralysie faciale domine et donne au mal une physionomie spéciale dès le début, trismus hémiplégique ; le tétanos peut rester céphalique ou se généraliser.

Dans la deuxième catégorie, le trismus est unilatéral et donne à la face l'aspect hémiplégique par suite de la contracture des muscles d'un seul côté, trismus pseudo-hémiplégique ou hémitrismus. C. WALTHER.

III. — Plaie contuse de la région malaire droite par coup de pied de cheval; commotion cérébrale légère. Au 7e jour, apparition d'une paralysie faciale droite. Au 8e jour, trismus permanent et spasmes intermittents de la face et de la nuque. Généralisation aux muscles de la nuque de l'abdomen, des membres supérieurs et inférieurs. Accès asphyxiques. Mort au 4e jour de ce tétanos céphalique. C. WALTHER.

IV. — H... 36 ans, employé dans une forge, blessé, dans une attaque, de coups de couteau à la région sourcilière gauche et de casse-tête à la région fronto-pariétale à gauche, laissé pour mort sur la route ; ramassé le lendemain matin. Treize jours plus tard, paralysie faciale du côté de la blessure, contracture du masséter du même côté; arcades dentaires serrées. C'est dans cet état que V... et R... sont appelés à l'examiner ; après avoir écarté l'hypothèse d'une paralysie par fracture du rocher, les auteurs pensèrent à un tétanos céphalique, hypothèse qui se confirma le lendemain. Raideur de la nuque, rigidité du tronc, contracture des muscles de la face. Traitement par le chloral. Aggravation progressive des accidents. Le malade meurt le 2 mars, plus d'un mois après l'apparition des accidents.

A l'autopsie, fracture de l'arcade orbitaire, crâne et rocher intacts, fracture du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. Cerveau normal, méninges congestionnées ; moelle et enveloppes hyperémiées ; nerfs facial et trijumeau sans lésion. Inoculation de fragments de nerfs à des animaux, pas de résultats.

V. — Excellente revue sur la forme de tétanos céphalique avec paralysie faciale; qu'il soit ou non accompagné de dysphagie et d'hydrophobie. L'auteur a recueilli 28 observations et donne à ce sujet un historique très complet de la question. Cette forme est rare ; elle est toujours consécutive (au moins pour les observations jusqu'ici publiées) à une plaie de la tête et très fréquemment à une plaie intéressant plus ou moins le territoire innervé par le trijumeau.

La paralysie faciale qu'on observe dans ces cas, et souvent comme phénomène initial, est d'une interprétation fort délicate; sur 16 cas de mort, 11 fois l'autopsie a été faite, 7 fois le rocher et le facial étaient

intacts. On peut se demander s'il s'agit d'une simple coïncidence par action du froid; 3 fois en effet la paralysie siégeait du côté opposé à la blessure.

Après avoir indiqué les divers signes accessoires, l'inconstance de la dysphagie et de l'hydrophobie, V... étudie la marche de la maladie. Sur 28 cas, on compte 12 guérisons, 16 morts ; ce qui tendrait à établir un pronostic moins grave pour cette forme de tétanos que pour le tétanos ordinaire. A. C.

Du traitement des abcès du poumon consécutifs à la pneumonie franche, par SPILLMANN et HAUSHALTER (*Revue de médecine, p.* 633, 10 *août* 1888).

Spillmann et Haushalter ont réuni dix cas d'abcès du poumon consécutifs à la pneumonie ayant été diagnostiqués pendant la vie et ayant permis la survie des malades. Dans ces cas rares, ils conseillent de rejeter toute intervention lorsque l'abcès est diagnostiqué dans le cours de la pneumonie ; mais si la pneumonie guérit et si l'abcès persiste, il faut ouvrir l'abcès en ayant soin au préalable de provoquer des adhérences pleurales. Pour arriver à l'abcès, le meilleur procédé semble être la résection costale avec ouverture du poumon au thermocautère. Il faudra ensuite favoriser au moyen d'un drain l'écoulement complet des liquides septiques, écarter les lavages antiseptiques et donner la préférence aux pansements secs. C. GIRAUDEAU.

Considérations sur une série de dix-sept cas de thoracotomie, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg,* 1er *octobre* 1888).

Depuis 1880, l'auteur a pratiqué 17 fois l'opération d'Estländer ; il donne l'observation de chacune d'elles et en déduit les remarques suivantes : chez quatre de ces malades la mort est survenue rapidement ; ils étaient phtisiques, cardiaques ou albuminuriques. Ce sont là des conditions qui doivent contre-indiquer la thoracotomie.

Des 13 autres malades, il y a eu 8 guérisons définitives et durables, 1 guérison temporaire, 2 guérisons incomplètes, avec amélioration de l'état général, 1 guérison opératoire, suivie de mort au bout de six semaines, et 1 cas encore en traitement.

Relativement aux 8 guérisons durables, qui datent de plusieurs années, J. Bœckel fait remarquer que, malgré des résections étendues, il n'a pas observé de difformité consécutive du côté du rachis. On ne doit pas craindre de faire de larges résections, car le contraire est la cause des insuccès de l'opération ; il sera souvent nécessaire de dépasser l'angle des côtes, et au besoin de faire la résection d'une portion de l'omoplate. La plèvre doit être largement incisée, sans crainte d'hémorragie, quelquefois même partiellement réséquée ; on obtiendra ainsi plus rapidement l'affaissement de la cavité, dont les larges dimensions ne sont jamais, pas plus que la chronicité, des contre-indications à l'opération. OZENNE.

Kystes des mâchoires. Anatomie pathologique; pathogénie et quelques points de clinique, par J. ALBARRAN (*Revue de chirurgie, n°* 6, *p.* 429, *et n°* 9, *p.* 416, 1888).

Après une étude historique et un exposé rapide, mais complet, du déve-

loppement des dents, Albarran, décrivant les kystes des mâchoires, dit qu'il en faut chercher l'origine :

1° Dans l'épithélium pavimenteux ou adamantin de la gencive ou de ses dérivés ;

2° Dans l'épithélium cylindrique vibratile et caliciforme du sinus maxillaire ;

3° Dans les glandes muqueuses de la muqueuse buccale et de la muqueuse des sinus.

D'où la classification de ces tumeurs en :

1° *Epithéliomas kystiques dermoïdes* (à revêtement *pavimenteux*, à revêtement *adamantin*) ;

2° *Epithéliomas kystiques mucoïdes* (à revêtement *caliciforme*, à revêtement *vibratile*).

Les *épithéliomas mucoïdes caliciformes* constituent les kystes, décrits par Giraldès, développés dans les glandes de la muqueuse. Heurtaux a rapporté un cas d'adénome kystique muqueux du maxillaire inférieur qui rentre dans cette catégorie.

L'*épithélioma mucoïde à cellules vibratiles* n'est représenté que par une seule observation recueillie par l'auteur.

Les *épithéliomas dermoïdes pavimenteux* et *adamantin* forment de beaucoup la classe la plus importante : ils comprennent les kystes uniloculaires ou multiloculaires dentifères ou non. Albarran les classe en :

1° *Kystes dentifères* qui se développent, d'après la série de préparations observées par Albarran, aux dépens des débris paradentaires ; on y retrouve en effet au début les mêmes cordons formés par des cellules polygonales parfois entourées d'une bordure de cellules cylindriques ; les mêmes masses épithéliales avec des cellules centrales étoilées. Quelques-unes de ces masses se creusent au centre d'une cavité et forment des kystes microscopiques. Ce développement continue, la cavité s'agrandit, l'épithélium prolifère ; déjà la paroi est formée par une couche de tissu embryonnaire, car le tissu conjonctif au sein duquel se développe la néoplasie est irrité et devient embryonnaire, qu'une dent en voie de formation se trouve auprès de ce nouveau kyste ; très jeune elle sera entravée dans son développement et ne formera qu'une dent rudimentaire ; plus développée, elle percera par la poussée du kyste qui vient lui-même au-devant d'elle par son développement progressif.

Quant à la cause première de la formation de ces kystes dans les débris paradentaires, elle semble devoir être rapportée à une malformation, consistant soit dans la déviation, soit dans l'oblitération de l'*iter dentis*.

2° *Les kystes uniloculaires*, qui comprennent les kystes appendiculaires ou kystes des racines et les kystes indépendants des racines ; ils ont tous aussi la même origine et doivent être classés ensemble, quel que soit leur volume ; eux aussi se développent aux dépens des débris épithéliaux paradentaires.

3° *Les kystes multiloculaires* naissent tantôt dans les débris paradentaires, tantôt de l'épithélium de la gencive, et ces deux modes pathogéniques peuvent se combiner pour donner naissance à la néoplasie.

L'auteur rappelle les observations de récidive et de généralisation à la suite de kystes des maxillaires, ce qui est bien en rapport avec leur origine épithéliale. C. WALTHER.

Zur Lehre von den Fistulae Colli congenitae (Distinction à faire entre les fistules congénitales latérales du cou et les fistules congénitales médianes), par Rudolf ARNDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 741, 10 *septembre* 1888).

Luschka a établi deux catégories parmi les fistules congénitales du cou. Les fistules de beaucoup les plus nombreuses sont des vestiges des fentes branchiales embryonnaires ; elles sont situées plus ou moins latéralement, généralement du côté droit. Les fistules de cette première catégorie peuvent être complètes ou incomplètes, s'étendant de la peau jusque dans le pharynx, l'œsophage, le larynx ou la trachée, ou bien se terminant à une plus ou moins grande distance de ces organes.

Quant aux fistules de la 2me catégorie, infiniment plus rares, elles sont situées sur la ligne médiane et toujours incomplètes, s'étendant plus ou moins loin sous la peau ou dans son épaisseur, suivant une direction parallèle à la surface du corps. Elles sont placées habituellement plus ou moins au-dessous du cartilage thyroïde ; leur trajet est ascendant, descendant ou les deux à la fois. Dans ce dernier cas, les deux fistules partent d'une ulcération tégumentaire disposée en gouttière. Ces fistules de la 2me catégorie sont généralement très étroites, n'admettant qu'une fine baleine ou une soie de porc ; leur longueur ne varie qu'entre quelques millimètres et un peu plus de 1 centimètre. Elles renferment tantôt du liquide, tantôt une bouillie athéromateuse qui peut donner lieu à un kyste par rétention, tandis que le liquide sort de temps en temps, goutte à goutte, en provoquant un peu d'inflammation et des démangeaisons au voisinage.

Pour Luschka, ces fistules résultent d'une fermeture incomplète de la paroi antérieure du corps, et il admet qu'originairement elles aboutissaient dans la trachée. Ce seraient donc des fistules analogues à celles de la 1re catégorie, représentant les vestiges d'une communication normale à la période embryonnaire.

C'est contre cette interprétation qu'Arndt s'élève. D'après lui, à aucune phase du développement des vertébrés supérieurs, en dehors de la bouche, de l'anus et des fentes branchiales, il n'existe de communication entre les surfaces interne et externe du corps. Les fistules congénitales médianes, comme il les nomme, sont des fistules cutanées, doublées à leur intérieur d'une couche épidermique.

Arndt voit dans la fistule congénitale médiane du cou un phénomène d'atavisme caractérisé par la persistance de la gouttière hypobranchiale ou sous-pharyngée de l'amphioxus, des tuniciers et des cyclostomes qui disparaît pour faire place momentanément à l'endostyle et définitivement au corps thyroïde. (*R. S. M.*, *VII*, 704, et *XI*, 634.) J. B.

I. — Sarcome de la langue, par PONCET (*Lyon méd.*, *p.* 95, 20 *mai* 1888).

II. — Ablation d'un fibrome de la langue, par von BERGMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 512, 18 *juin* 1888).

I. — Homme de 32 ans. Début de la tumeur il y a 8 ans. La tumeur est si volumineuse que pour l'extirper on dut faire l'ostéotomie du maxillaire. Enucléation facile. C'était un sarcome fasciculé, du poids de 400 grammes, développé dans l'épaisseur de la langue. A. C.

II. — Tumeur d'espèce rare et de volume insolite observée chez un homme

de 59 ans et située à la base de la langue. L'opération a révélé la présence dans les muscles linguaux d'un fibrome lobulé dépassant les dimensions d'un œuf d'oie. Une simple incision au niveau de la ligne médiane du dos de la langue ne suffit pas pour enlever la tumeur très adhérente au septum; il fallut pratiquer une deuxième incision au niveau de la région sus-hyoïdienne. Les fibres musculaires durent être isolées de la tumeur patiemment, à coups de bistouri. J. B.

Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniole, par CHAMBARD (*Ann. de derm. et de syph.*, *fasc.* 7, 1888).

Dans la tourniole fréquemment observée chez les aliénés, Chambard a trouvé divers parasites à l'aide de l'examen micrographique et des cultures. Ces parasites appartiennent au genre microcoque, diplocoque, streptocoque, staphylocoque aureus de Pasteur et Rosenbach, micrococque tétragène. Les pansements iodoformés donnent d'excellents résultats dans ces cas de tourniole. F. BALZER.

Kystes hydatiques des muscles volontaires. Histoire naturelle et clinique, par Em. MARGUET (*Thèse de Paris, n°* 255, 1888).

L'auteur a pris soin, et la bibliographie considérable et scrupuleusement vérifiée qui accompagne l'ouvrage le démontre, de réunir tous les faits connus jusqu'à nos jours de kystes hydatiques musculaires. Sur ces faits personnels, inédits ou publiés antérieurement, Marguet a su ne publier que ceux dont le diagnostic a été vérifié par l'examen direct de la tumeur ou de son contenu, éliminant avec grand soin tous ceux dont le diagnostic, d'après la relation qui en est faite, peut rester incertain. Les faits authentiques, beaucoup plus nombreux qu'on aurait pu le penser, sont au nombre de 130; les faits douteux, au nombre de 75.

Parmi les organes envahis par le germe hydatique, les muscles striés occupent le quatrième rang dans l'ordre de fréquence. La richesse vasculaire des muscles striés explique cette fréquence, et l'on peut dire, d'après l'étude des muscles plus ou moins souvents atteints, que les chances d'infestation sont en raison directe du volume de la masse charnue du muscle et du quintuple de son activité fonctionnelle. — L'infestation se fait probablement par la voie vasculaire sanguine. Dans le plus grand nombre de cas, les kystes nés dans la trame conjonctive du muscle tendent à gagner les parties superficielles de l'organe. — Dans un grand nombre de cas, le traumatisme a pu faire apparaître la tumeur, soit en déterminant la fixation de l'hexacanthe, soit en imprimant une impulsion au kyste préexistant, connu ou ignoré.

Le diagnostic des kystes hydatiques est souvent très difficile et s'appuie sur le siège, dans ou à la surface du muscle, la circonscription nette de la tumeur, sa forme ovoïde ou sphérique, sa fluctuation manifeste (52 fois sur 130) ou de consistance élastique, dure (19 fois) ou rénitente (23 fois), variant avec l'état de tension ou de relâchement du muscle, le mode d'évolution lent et progressif de la tumeur. Le frémissement hydatique n'a été trouvé qu'une fois sur 26.

La ponction exploratrice demeure la suprême ressource pour parfaire le diagnostic, mais diverses circonstances peuvent empêcher cette ponction de jeter aucune lumière sur ce diagnostic.

L'extirpation totale est le seul traitement, à moins que, anatomiquement impossible, elle ne soit faite partielle. Dans quelques cas, on a même été forcé de se contenter de l'incision et du raclage de la portion restante de la poche. F. VERCHÈRE.

Ueber operirte Kreuzbeinparasiten... (Sur les parasites du sacrum opérés, avec communication d'un de ces cas), par Ludwig KLEINWÄCHTER (*Zeitschrift für Heilkunde, IX, Heft* 1, 1888).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un jeune fille de 17 ans porteur d'un parasite du sacrum, qui, gros comme un œuf d'oie à la naissance, était devenu une tumeur indolente, informe, longue de 21 centimètres sur 18 de large.

L'ablation en fut faite par Zoloziecki, et la guérison fut obtenue en moins d'un mois. La tumeur pesait 1,400 grammes; elle était recouverte de peau garnie de poils, et extérieurement on y apercevait une bouche avec glandes salivaires, des dents, une langue et un orteil muni d'un ongle. Sa circulation dépendait de l'autosite; comme parties molles, il n'y avait que du tissu conjonctif graisseux et deux anses d'intestin. Le squelette offrait : 1° les traces reconnaissables d'un bassin avec un membre inférieur (fémur, tibia, péroné pied et orteil); 2° une pièce osseuse de 11 centimètres et demi de long terminée par un maxillaire supérieur pourvu de dents.

L'auteur a rassemblé 33 autres cas, dont 19 chez des enfants âgés de moins d'un an, 4 âgés de plus d'un an, 3 d'âge inconnu et 7 chez des adultes. La guérison spontanée est exceptionnelle. Les inconvénients dus à la présence d'un tel parasite sont : 1° la difformité et la gêne mécanique; 2° les dangers provenant de ses maladies propres (suppuration, gangrène, traumatisme); 3° l'épuisement de l'autosite par son développement trop rapide. Le diagnostic différentiel se fait avec les kystes, les lipomes et autres tumeurs de la région et l'hydrorrachis (réductibilité par pression, troubles fonctionnels cérébro-spinaux et turgescence des fontanelles). Une étude attentive du mode d'insertion et de sa profondeur, de l'état de la circulation et des rapports du parasite avec la cavité pelvienne est indispensable.

Le pronostic est assez bénin, puisqu'on ne compte qu'une mort sur 22 opérés, si l'on met à part 5 cas où le canal rachidien fut ouvert, et un autre opéré d'une façon irrationnel.

Il faut opérer le plus tôt possible après la naissance, dès que l'enfant est en état de supporter l'opération. Le manuel opératoire est variable : il faut tenter l'ablation, et quand elle est impossible se contenter d'une amputation; s'il existe des kystes, on les enlèvera s'ils ne communiquent pas avec le canal rachidien. La peau du parasite peut servir à recouvrir la plaie. Les principales difficultés sont : 1° l'hémorragie souvent grave; 2° l'existence d'un spina bifida.

L'auteur repousse la ligature, procédé aveugle, ainsi que la ponction, méthode dangereuse et non curative.

La guérison a demandé de 25 jours à 6 mois.

Les diplogénèses sont plus fréquentes chez le sexe féminin, soit 19 fois sur 27 cas. E. LEFLAIVE.

Contribution à l'étude des néoplasmes opérés. Étude sur les guérisons durables obtenues par l'intervention chirurgicale dans les récidives de tumeurs malignes, par Albert PLICQUE (*Thèse de Paris*, 1888).

Plicque a réuni 300 observations d'ablation de tumeurs malignes récidivées; la guérison a été dans 4 cas de plus de 20 ans, dans 13 cas de plus de 10 ans; le total des faits où elle a été de 5 ans et plus s'élève à 59.

C'est pour les sarcomes que les opérations de récidive ont donné le plus de succès ; mais toutes les autres variétés de tumeurs, sauf le lymphadénome, sont représentées dans les observations.

Le succès de la nouvelle opération est peut-être dû à une ablation plus large ou peut-être aussi à une modification spontanée et favorable de l'état général.

Les récidives peuvent tenir à une ablation incomplète, mais aussi à une greffe au cours de l'opération par les instruments ou les doigts du chirurgien.

La gravité des opérations secondaires est soumise aux mêmes conditions que celles des opérations primitives.

Les opérations de récidive contre des cancers héréditaires ne paraissent donner que très peu de guérisons durables.

L'âge avancé est une condition favorable, le jeune âge une condition défavorable. C. WALTHER.

Ein Beitrag sur Lehre von der Heilbarkheit der Krebskrankheit (Contribution à la curabilité de l'affection cancéreuse), par E. von MEYER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVIII, p.* 169, 1888).

Siegfried Fischer avait déjà, en 1881, dans le même recueil, rassemblé toutes les observations des individus opérés de cancer par Rose à l'hôpital cantonal de Zurich de 1867 à 1878 et qui avaient survécu ; le travail de von Meyer est la continuation de cette curieuse enquête.

Le chiffre des opérés de Rose était de 256 ; il n'en survivait plus que 98 au moment de la publication du travail de Fischer ; Meyer les a recherchés. 5 d'entre eux avaient disparu sans laisser de traces, 8 n'ont pas répondu; mais sur les 64 restant on a pu obtenir des renseignements précis. Or ces 64 se décomposent de la sorte :

22 survivants et indemnes de toute récidive au bout d'un temps qui varie de 21 à 10 ans.

19 morts sans récidive de 16 à 2 ans après l'opération ;

23 morts avec des récidives locales ou des métastases survenues de 6 mois à 11 ans 1/2 après l'opération.

La plupart de ces observations, en particulier celle des guérisons définitives, sont résumées brièvement ; on y voit souvent, non pas des cancroïdes superficiels, mais des opérations considérables de tumeurs ulcérées et récidivées, même des extirpations de ganglions lymphatiques dégénérés, ce qui ne laisse aucun doute sur la possibilité de la guérison du cancer à l'aide d'opérations largement pratiquées.

La nature des tumeurs enlevées était des plus variables : toutefois on constate que ce sont les sarcomes, fibro-sarcomes et cysto-sarcomes qui donnent les guérisons les plus fréquentes et les plus prolongées.

DE SANTI.

De la brachydactylie, par J.-B. DERODE (*Thèse de Lille, août* 1888.)

Sous le nom de brachydactylie, l'auteur étudie la difformité caractérisée « par la brièveté du doigt », avec conservation de la partie terminale et plus spécialement du revêtement unguéal. Etude consciencieuse de 44 observations, dont 10 personnelles, brachydactylie douteuse (difficile à différencier de l'ectrodactylie, 7 observations. B... avec perte partielle du squelette du doigt : 14 observations, dont 2 personnelles; la valeur d'une main ainsi déformée est habituellement bonne, sauf complication d'autres difformités.

B... avec perte totale du squelette d'un doigt : 7 observations, dont 2 personnelles.

B... avec ankylose des segments du squelette du doigt; aux deux faits connus de cette difformité, Derode ajoute 3 observations personnelles recueillies dans une même famille: le nommé Vincent D... et deux de ses enfants.

Vincent D... a eu 7 garçons, dont un seul est exempt de difformités: son père et aussi ses oncles et tantes paternels présentaient des difformités.

B... par raccourcissement ou arrêt de développement du squelette du doigt: 10 observations dont 2 personnelles. — Enfin une observation personnelle de dactylolyse congénitale. — Sur 23 observations, 8 fois la difformité était héréditaire. MAUBRAC.

The erasion of carbuncles, by Robert WEIR (*N. York med. Record, p.* 31, *juillet* 1888).

L'auteur emploie cette méthode depuis 1884.

Les cinq cas ainsi traités concernent des individus de cinquante à soixante-dix ans ayant tous des anthrax de la nuque. Quatre fois les patients furent endormis ; une fois la cocaïne suffit.

L'auteur emploie le bistouri ou mieux la curette tranchante de Volkmann, qu'il introduit par les perforations de la peau ; il gratte ainsi les masses principales et tous leurs prolongements. Il fait un lavage au sublimé et remplit la cavité de gaze iodoformée. P. DUFLOCQ.

Des épanchements de sang dans les séreuses, par NÉLATON et BRASSE (*Bull. médical*, 18 *novembre* 1888).

Les épanchements de sang dans les cavités séreuses donnent lieu, ainsi qu'on le sait depuis les expériences de Trousseau et Leblanc, à la formation d'un caillot, qui se sépare d'un liquide, gardant toutes les apparences extérieures du sang. Pourquoi ce dernier liquide ne se coagule-t-il pas? Telle est la question que Nélaton et Brasse ont cherché à résoudre. On pouvait invoquer trois causes principales : la dilution du sang par la sérosité articulaire ; la présence dans la sérosité avant ou au moment de l'effusion sanguine d'une substance entravant la coagulation ; enfin l'absence de l'un ou de tous les éléments de la fibrine. Les premières causes, d'après les expériences des auteurs, ne peuvent pas être invoquées. Reste la troisième, qui est la vraie ; c'est, en effet, à l'absence de la substance fibrinogène qu'il faut rapporter l'absence de coagulation du liquide en question ; car, lorsqu'un épanchement de sang a lieu dans une séreuse, on observe deux choses, un caillot qui

emmagasine tous les éléments constituants de la fibrine et un liquide qui en est entièrement privé.

Aussi il semblerait en résulter que la ponction d'une hémarthrose du genou, par exemple, qui laisse le caillot dans la jointure et ne retire qu'un liquide, dont la résorption est supposée facile, n'est pas très utile. L'observation clinique montre qu'il n'en est pas ainsi et que la ponction a pour résultat de faciliter la disparition du coagulum et la restauration rapide des mouvements de l'article. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

Acuter unregelmässiger Linsenastigmatismus (Astigmatisme cristallinien aigu, contraire à la règle), par Gordon NORRIE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août-septembre* 1888).

Chez trois malades, dont l'un avait été ébloui par la neige et le soleil, le second blessé par un corps étranger de la cornée, et chez le troisième, sans cause connue, l'auteur observa, après atropinisation des yeux, de l'astigmatisme contraire à la règle ; ce vice de réfraction fut découvert par l'examen à l'image droite ; en même temps, on voyait sur la cristalloïde postérieure des raies très ténues que l'auteur pense être des plis de cette membrane, car, au bout de un ou deux jours, elles avaient disparu.

S'agissait-il, dans ce cas, d'une contracture tétanique du muscle ciliaire contraire à la règle, ou d'une parésie partielle de ce muscle, ou enfin d'une pression produite par la saillie anormale du corps ciliaire ? C'est ce qu'il a été impossible d'élucider. ROHMER.

Einfache Methode der Refractionsbestimmung im umgekehrten Bild (Méthode simple pour déterminer la réfraction à l'image renversée), par BONGERS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mai* 1888).

Dans les méthodes jusqu'alors employées, tantôt on recherche l'image du fond de l'œil au point de son apparition (Snellen), tantôt on détermine un point fixe à partir duquel la position de l'image réelle puisse être mesurée ; ce point est, soit le punctum remotum (Mauthner et Burckhart), soit le foyer du miroir concave (Schmidt-Rimpler).

Bongers a utilisé le punctum proximum pour mesurer la position du point où se produit l'image du fond de l'œil. En pratique, l'observateur détermine d'abord son proximum, et cela pour chaque œil ; s'il est amétrope, le proximum est recherché avec le verre qu'il a l'habitude d'employer pour l'examen à l'image renversée. Le malade est placé dans la position habituelle pour l'examen ophtalmoscopique, et avec le miroir de Schmidt-Rimpler, on projette dans l'œil à examiner la lumière d'une lampe ordinaire à travers une lentille convexe de + 10D, tenue à 10 centimètres de l'œil à examiner. L'observateur se rapproche de cet œil jusqu'à ce que l'image du fond visible vienne à disparaître, puis s'en éloigne jusqu'à ce que cette image apparaisse de nouveau. On note

alors, à l'aide d'un ruban métrique la distance du miroir concave à la lentille de + 10 D, et du chiffre trouvé on retranche la mesure de son proximum. La différence indique la distance de l'image du fond de l'œil à la lentille convexe, et en même temps la réfraction du sujet observé. C'est ainsi que l'on peut déterminer la réfraction des hypermétropes, emmétropes et des myopies moyennes; les myopies au-dessus de 10 D sont déterminées directement, sans le secours du verre convexe.

Dans ce procédé, il est inutile de relâcher complètement son accommodation, ce qui est un avantage sur d'autres procédés similaires

ROHMER.

Zur Beziehung der Form des Orbitaeinganges zur Myopie (Rapports entre la forme de l'ouverture orbitaire et la myopie), par WEISS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilh., septembre* 1888).

Stilling, d'après un grand nombre de mesures prises sur le vivant, était arrivé à conclure qu'une diminution réelle ou relative dans le diamètre vertical de l'orifice de l'orbite était une cause de myopie, et que cette diminution agit en augmentant la pression exercée par les muscles obliques sur le globe de l'œil. Weiss a fait des recherches sur le rapport entre la forme du crâne et celle de l'orbite, et a pris un grand nombre de mesures dans ce but; il en part pour critiquer les conclusions de Stilling. Au début, il indique que la mesure avec le compas n'est qu'approximative, et qu'il la considère surtout incertaine pour le diamètre transverse, car même ceux qui ont l'habitude de prendre les mesures obtiennent quelquefois des résultats différents sur le même sujet. En admettant que, par une certaine disposition du tendon de l'oblique supérieur, la pression exercée sur le globe dépend de la hauteur de la trochlée, il dit que l'insertion et la direction des tendons obliques varient beaucoup, et que ces variations dépendent, dans tous les cas, de la forme et de la proéminence du globe. De plus, les mesures de Stilling du méridien vertical de l'orbite sont de peu de valeur en ce qui concerne la position de la trochlée, comme celle-ci est située sur un niveau différent et variable du plus haut point de l'orifice orbital. Weiss ne donne pas ses mesures en détail, mais il dit qu'il a rencontré de fréquentes exceptions à la règle de Stilling, ayant souvent vu un orbite absolument et relativement haut dans la forte myopie, et le contraire dans la forte hypermétropie. ROHMER.

Hémiachromaptopsie droite absolue, par VERREY (*Arch. d'ophtalm., VIII, n° 4, p.* 289).

Chez une femme de 60 ans ayant eu précédemment une légère attaque sans perte de connaissance et se plaignant de troubles de la vue, on constate une hémiachromatopsie absolue dans la partie droite du champ visuel : le champ pour le blanc est conservé de ce côté, mais il existe une légère diminution du sens lumineux, ainsi qu'un affaiblissement de l'acuité visuelle indirecte. La dyslexie qui est observée ne dépend pas seulement du défaut du champ visuel, mais d'un certain trouble cérébral. La mort survient à la suite d'une série d'attaques, et à l'autopsie on constate deux foyers hémorragiques : l'un, récent, occupant le corps calleux; l'autre, ancien, qui a produit l'hémiachromatopsie, se trouve entre le plancher de la corne postérieure du ventricule latéral gauche et la surface basale du lobe occipital. Il n'a pas de com-

munication directe avec la cavité ventriculaire, mais un vaisseau induré et thrombosé descend de la paroi médiane de la corne sur le sommet du foyer. Celui-ci occupe la substance blanche de la 3e circonvolution occipitale, détruit la substance blanche de l'extrémité occipitale des circonvolutions linguale et fusiforme, ainsi que la pointe postérieure du pli cunéiforme : vers la base du cerveau, il s'approche de la surface médiane du lobe occipital, mais sans percer complètement l'écorce. Le centre du sens chromatique se trouverait donc dans la partie la plus inférieure du lobe occipital, probablement dans la partie postérieure des plis lingual et fusiforme, beaucoup plus haut, par conséquent, que ne l'avaient supposé certains auteurs. Plus haut, vers la partie supérieure du lobe occipital, se trouverait le centre de la perception lumineuse et, entre les deux, le centre de la perception des formes, les trois autres seraient donc étalés de haut en bas sur le lobe occipital.

F. DE LAPERSONNE.

Die Sehschärfe des Auges... (L'acuité visuelle mesurée pendant une éclipse solaire), par TALKO (*Klin. Monatsbl. f. Auhenheilk., décembre* 1888.)

Chez un individu de 19 ans, qui, avec un éclairage habituel, pouvait encore lire le n° 50 de Snellen à 40 pieds de distance (50/40), on constata une demi-heure après le début de l'éclipse (elle dura deux heures) que l'acuité visuelle n'avait pas baissé; ce n'est qu'après quarante minutes de durée de l'éclipse, et au moment de sa plus grande intensité, que la vision fut deux fois et demie plus faible. Au moment de l'apparition des premiers rayons solaires cachés par les nuages, l'acuité visuelle augmenta notablement, à tel point qu'après cinq minutes l'individu pouvait lire les lettres comme à l'état normal.

Ces recherches furent faites le 19 août 1887, à Jaroslaw ; au même moment deux autres observateurs obtinrent les mêmes résultats; ces recherches avaient été faites en pleine campagne. ROHMER.

Note sur l'œil d'un cyclope, par VALUDE et VASSAUX (*Arch. d'opht., VIII, n°* 1, *p.* 51).

Cet œil occupait la ligne médiane, au-dessous d'un appendice représentant le nez; on distinguait parfaitement les bords palpébraux ; la cornée était allongée transversalement : une coupe verticale et médiane montrait une seule sclérotique, deux cristallins avec les orifices pupillaires et les iris placés aux deux extrémités de cette cornée transversale, mais un seul corps vitré, comme dans un assez grand nombre de cas qui ont été publiés. On n'a pu retrouver qu'un seul point lacrymal, situé près de la commissure inférieure gauche de la ligne médiane : il donnait accès dans un canalicule dirigé obliquement vers la commissure et se terminant sur la ligne médiane, après un trajet de quelques millimètres, par un cul-de-sac sans issue. On savait depuis Kölliker que le canal lacrymal se constitue par la clôture du sillon lacrymal, mais on supposait que les canalicules lacrymaux provenaient de la cavité conjonctivale, que les deux extrémités de cette partie des voies lacrymales n'avaient pas la même origine. Cette disposition en cul-de-sac semble donner raison à cette hypothèse. F. DE LAPERSONNE.

Ueber eine merkwürdige Motilitäts-Anomalie der Lider und Augen (Remarquable anomalie de la motilité des paupières et des yeux), par ADAMUCK (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai* 1888).

Une religieuse de 40 ans offrait les phénomènes suivants : pendant la mastication, les mouvements de la mâchoire produisaient une rétraction des paupières, en même temps que les globes oculaires faisaient une saillie telle qu'il

en restait à peine le tiers postérieur dans l'orbite. Sitôt que les mouvements de la mâchoire s'arrêtaient tout rentrait dans l'ordre, et la malade ne présentait plus rien d'anormal du côté des yeux.

L'auteur pense qu'il doit exister une anomalie de structure qui établit une relation étroite entre le plexus veineux de l'orbite et les muscles masticateurs. Étant données les relations nombreuses qui existent entre les veines de l'orbite et celles de la face, il est facile de comprendre que leurs branches de communication passent sur ou dans le muscle masséter ; la contraction répétée de ce dernier doit produire une stase dans l'orbite.

L'intervention thérapeutique est évidemment nulle. ROHMER.

Ein Fall von Mikrophthalmus congenitus (Un cas de microphtalmie congénitale unilatérale, avec réflexions sur l'étiologie probable et le développement de l'œil), par BŒCKER (*Arch. f. Ophth.*, *XXXIV*, 3).

L'anomalie porte sur l'œil gauche d'un enfant né à six mois. On constate un défaut de développement de toute la région périorbitaire produite à la fin du premier mois; les paupières sont enfoncées en entonnoir ou fermées ; en les ouvrant, on voit au fond de l'orbite une petite saillie porcelainée de deux millimètres de diamètre. Après préparation de l'œil, on trouva : une absence de cristallin et même de trace probable de sa situation, absence d'ouverture pupillaire et d'iris, du corps ciliaire et de chambre antérieure, un colobome de la rétine, de son épithélium pigmentaire, de la choroïde et amincissement de la sclérotique au même endroit.

L'auteur fait remarquer que la vésicule oculaire primitive a dû se changer encore en une vésicule secondaire, comme le montre l'état de la rétine et de l'épithélium pigmentaire. Cela n'aurait pu se produire à l'état normal, le cristallin manquant absolument. La question est de savoir si le renversement de la vésicule oculaire primitive au pôle s'est fait ou non. Ces deux hypothèses sont possibles ; mais l'auteur penche pour le renversement de la vésicule oculaire primitive, à l'exception de l'ectoderme, ce qui se comprend très bien d'après les vues de Kölliker.

Pour ce qui est du développement du corps vitré, il n'est pas douteux que celui-ci ne se soit formé par pénétration à travers la fente oculaire fœtale, arrivant par en bas dans la vésicule oculaire secondaire. On a pu démontrer directement la communication des vaisseaux du corps vitré avec ceux de la rétine. L'artère hyaloïdienne appartient très probablement au corps vitré et paraît se développer aux dépens du mésoderme.

L'auteur ne peut expliquer pourquoi il a trouvé le nerf optique atrophié, et il attribue cela à une cause centrale. ROHMER.

Large exostosis of orbit associated with intracranial tumour, par EMRYS-JONES YATES (*Trans. of the ophthalm. Soc. of the un. Kingdom, VIII, p.* 44).

L'exostose orbitaire s'était développée lentement et avait entraîné une exophtalmie considérable avec strabisme externe et inférieur ; la vision était conservée et il n'y avait aucune lésion du fond de l'œil. Le malade avait eu quelques crises épileptiformes, mais pas d'autres symptômes de tumeurs cérébrales, douleurs localisées, paralysies ou vomissements. L'opération ne permit pas d'enlever l'exostose en totalité, on ne put en réséquer qu'une petite

portion ; le malade succomba peu de jours après avec des phénomènes de méningo-encéphalite suppurée. A l'autopsie, on reconnut que l'exostose orbitaire se prolongeait dans le crâne et formait dans la cavité cranienne une large tumeur osseuse mamelonnée. Après avoir enlevé les membranes et ouvert le lobe antérieur gauche, on reconnut que ce lobe était occupé par une tumeur myxomateuse dont la base répondait aux méninges et qui se prolongeait vers le ventricule latéral.

Ce fait de coexistence d'une tumeur intracérébrale et d'une exostose orbitaire est unique dans la science, et les auteurs se demandent s'il y a autre chose qu'une coïncidence. F. DE LAPERSONNE.

A case of intra-orbital hœmorrhage and other eye complications in connection with hæmophilia, par Priestley SMITH (*The roy. Lond. ophth. hosp. Reports, XII, f.* 2, *p.* 70).

Un jeune homme, de 17 ans, reçoit un éclat de tube de cuivre au niveau du sourcil gauche. Quatre jours après il présentait une exophtalmie, un gonflement des paupières et un chémosis très intense : le bord de la paupière inférieure était appliqué contre le globe et avait produit une ulcération profonde de la cornée par compression. Pour parer aux accidents menaçants, on incise l'angle externe et on fait plusieurs scarifications à la conjonctive. Le lendemain il se fait un écoulement assez abondant par la petite incision, mais elle peut être arrêtée par la compression; d'ailleurs l'exophtalmie diminue et l'état de la cornée est amélioré. L'examen médical fait reconnaître qu'il s'agit d'un hémophilique et on le met au fer et à l'ergot de seigle. Au douzième jour de violentes hémorragies se reproduisent 5 à 6 fois en 24 heures et compromettent la vie du patient. Divers moyens d'arrêter le sang sont alors employés : la suture de la petite plaie opératoire, la compression, le perchlorure de fer, le tanin, l'eau glacée, l'eau chaude, etc. Les solutions de cocaïne et l'eau chaude parurent avoir plus d'effet que les autres procédés. En même temps on faisait suivre un traitement interne. Ce n'est que quinze jours après la petite incision que l'hémorragie finit par s'arrêter, et le malade se rétablit lentement. F. DE LAPERSONNE.

Étude clinique et anatomique sur un cas de tumeur orbitaire, par MAZZA (*Revue gén. d'ophtalm., VII, n°* 11, *p.* 481).

La tumeur s'était développée aux dépens de la glande lacrymale et avait produit très lentement, dans l'espace de deux ans, une exophtalmie assez marquée avec strabisme mécanique inféro-interne. On voyait au centre de la cornée une ulcération profonde par kératite neuro-paralytique. La tumeur était composée de deux parties : l'une superficielle, mobile, qui fut facilement enlevée ; l'autre profonde, qui demanda plus de soins à cause de ses adhérences jusqu'au nerf optique. La guérison s'obtint facilement, et après une année il n'y avait pas de récidive. L'examen histologique a permis de constater qu'il s'agissait d'une néoformation mixte ; à côté d'une abondante production de tissu connectif muqueux, on remarquait des végétations épithéliales; la dégénération hyaline était, d'un côté, représentée par de la substance séparée par des épithéliums, de l'autre, était formée par des éléments cellulaires dégénérés avec deux formes de globes, les uns homogènes, les autres constitués par de fins filaments : les premiers représentaient spécialement les produits de la séparation des cellules épithéliales, tandis que les seconds étaient formés par la dégénération des globes épithéliaux concentriques, pareils à ceux qui se trouvent dans les épithéliomes communs. Malgré l'opinion de Sattler et de Lebert, il ne s'agit pas ici d'un cylindrome, à cause de la

présence de ces globes et de ces cylindres, et le diagnostic histologique doit être plutôt épithéliome myoïde avec dégénérescence hyaline.

Deux cas analogues ont été rapportés par Knapp et par O. Boecker.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber Erblindung nach entzündlichem Blepharospasmus der Kinder (Cécité consécutive au blépharospasme inflammatoire des enfants), par SAMELSOHN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin* 1888).

Avec l'opinion de Leber, qui admet que, dans ces cas, la cécité est d'origine centrale, l'auteur admet aussi que celle-ci peut être périphérique et simplement de cause circulatoire, en relation directe ou réflexe avec l'occlusion spasmodique des paupières. Si l'on n'a pu constater directement le fait, il faut néanmoins l'admettre avec autant de raison qu'on met sur le compte des troubles circulatoires beaucoup de névrites rétrobulbaires, dans lesquelles, à l'ophtalmoscope, on ne constate pas de lésions apparentes. Ainsi, dans deux cas de blépharospasme chronique, Samelsohn a trouvé, une fois, une atrophie du nerf optique, et une autre fois une excavation glaucomateuse de la papille. ROHMER.

I. — Eine besondere Form der Lidbewegung (Espèce singulière de mouvements palpébraux), par Fr. HELFREICH (*Leipsig*, 1887).

II. — Ueber einen Fall von abnormer einseitiger Lidhebung bei Bewegungen des Unterkiefers (Un cas d'élévation unilatérale de la paupière pendant les mouvements de la mâchoire inférieure), par W. UHTHOFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 721, 3 *septembre* 1888).

III. — Ein weiterer Fall von abnormer einseitiger Lidhebung bei Bewegungen des Unterkiefers, par JUST (*Ibidem*, *n°* 42, *p.* 852, *octobre* 1888).

I.—Chez deux jeunes filles de 14 et de 17 ans ayant une ptose congénitale, unilatérale et modérée, l'ouverture de la bouche s'accompagnait chaque fois d'une élévation de la paupière supérieure pendante, plus considérable que lorsqu'on essayait de la relever directement.

Helfreich pense que, dans ces cas, une grande partie des fibres du nerf moteur oculaire commun destinées au relèvement de la paupière supérieure, au lieu d'avoir leur origine dans le noyau de ce nerf, provenaient des noyaux de l'un des deux nerfs, 3e branche du trijumeau et facial, qui animent le muscle digastrique.

Il n'existait jusqu'ici dans la littérature qu'une observation semblable, celle de Gunn (*Lancet*, 1883) concernant une fillette de 15 ans atteinte de ptosis congénital gauche; à chaque mouvement de mastication, surtout quand le menton se trouvait du côté droit, la paupière pendante se relevait.

II. — Jeune fille de 19 ans, affectée depuis son enfance d'une ptose de la paupière supérieure gauche; chaque fois qu'elle ouvre la bouche ou qu'elle mastique, cette paupière se relève, de même encore quand elle meut la mâchoire inférieure, vers le côté droit. Cette personne présente, en outre, une insuffisance manifeste du droit interne de l'œil gauche; le pli nasolabial gauche est un peu plus accusé; l'oreille gauche est plus rouge et plus chaude; chapelet ganglionnaire indolent au niveau du côté gauche du cou.

A la Société ophthalmologique de Heidelberg, il a été cité deux cas se rapprochant des précédents. L'un, signalé par Fuchs, concerne un homme de 35 ans chez lequel, sans offrir de ptosis, la paupière supé-

rieure gauche s'élevait quand la bouche s'ouvrait, même pour parler. Ce phénomène existait depuis l'enfance.

L'autre cas, signalé par Fraenkel, est celui d'une fillette de 7 ans, ne présentant aucune anomalie des muscles oculaires. Mais dès qu'elle mâchait, les yeux baissés, sa paupière supérieure droite subissait un mouvement d'élévation, dépassant de beaucoup l'action physiologique du releveur palpébral ; cet état existait depuis la naissance.

Quant à l'interprétation de ces faits, Uhthoff adopte l'opinion de Helfreich, qui est d'ailleurs celle de la commission de la Société ophtalmologique de Londres, nommée à l'occasion de la communication de Gunn. On a vraisemblablement affaire ici à une anastomose anormale entre les noyaux des 3e et 5e paires craniennes, communication qui s'opère par le moyen du faisceau longitudinal postérieur du bulbe.

III. — Fillette de 13 ans présentant, depuis sa plus tendre enfance, la particularité que sa paupière supérieure gauche suit tous les mouvements du maxillaire inférieur, s'élevant et s'abaissant en même temps que lui, cela non seulement pendant la mastication, mais aussi durant la parole.

Les yeux n'offrent aucune autre anomalie, en particulier pas de ptosis; le droit interne n'est pas insuffisant. Les mouvements associés de la paupière ne se produisent pas quand la mâchoire inférieure est simplement mue latéralement.

Sur les 7 cas connus, il y en a 6 dans le sexe féminin et 5 intéressant l'œil gauche. J. B.

Opération du ptosis, par DARIER (*Bull. et Mém. de la Soc. française d'ophtalmologie, VI, p.* 42, *et Arch. d'opht., VIII, n°* 4, *p.* 353).

A l'opération de Dransart qui présente quelquefois des inconvénients, Abadie a substitué, pour certains cas légers, un procédé par avancement du muscle releveur de la paupière. Après avoir enlevé un lambeau de peau et de muscle orbiculaire, il met à nu le tendon du releveur qu'il plisse sur lui-même en le saisissant entre les mors d'une pince : il traverse alors avec un fil d'abord la lèvre inférieure de la plaie cutanée, puis le pli musculaire et ensuite la lèvre cutanée supérieure : trois ou quatre fils sont ainsi passés et noués. Ce procédé réussit bien par exemple dans le ptosis sénile, mais la suture frontale de Dransart reste le procédé de choix.

Dianoux, qui a été un des plus fervents promoteurs de la suture, doit confesser que, chez une jeune fille opérée il y a deux ans, avec un succès immédiat et très satisfaisant, il a constaté depuis un échec définitif à peu près absolu. Gayet conseille d'employer l'anse galvanocaustique pour obtenir les cicatrices verticales dans l'épaisseur de la paupière.

F. DE LAPERSONNE.

Opération du symblépharon, par de LAPERSONNE (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtalmologie, VI, p.* 36, *et Arch. d'ophtalm., VIII, n°* 4, *p.* 334).

Des deux méthodes opératoires, l'hétéroplastie et l'autoplastie, la première ne réussit que rarement, même lorsque le lambeau ne s'est pas sphacélé, parce que les brides cicatricielles profondes le réduisent à un bourrelet insignifiant. L'auteur a modifié de la façon suivante quelques-uns des procédés d'autoplastie par glissement. La bride est disséquée de

la cornée sur la paupière et s'applique contre sa face postérieure ; la conjonctive forme deux lambeaux quadrilatères, qui sont rapprochés et maintenus profondément dans le cul-de-sac inférieur par une suture spéciale : il n'y a donc plus à craindre de voir la bride se reformer puisqu'à a place il y a deux plans de conjonctive. Des deux opérations qui ont été pratiquées par ce procédé, l'une datait de huit mois, l'autre de trois mois, et le résultat s'était maintenu excellent. F. L.

Colouring matter, blood pigment (?) in cornea, par LAWFORD (*Trans. of the ophthalm. Soc. of the un. Kingdom, VIII, p.* 60).

Sur un œil perdu depuis longtemps par suite de décollement de la rétine, on distinguait une masse verdâtre qui paraissait située derrière la cornée et dépendre de l'iris; mais des accidents glaucomateux ayant nécessité l'énucléation, on reconnut que cette coloration verdâtre était dans l'épaisseur de la cornée et qu'elle était formée par des granulations pigmentaires, agglomérées au centre de la cornée, tandis que la périphérie était restée transparente. Ces granulations étaient colorées par l'éosine, mais pas par l'hématoxyline; elles occupaient le stroma cornéen et on ne les rencontrait pas dans les espaces interfibrillaires. L'examen spectroscopique n'ayant pas été pratiqué, il est difficile d'affirmer qu'il s'agissait du pigment sanguin. F. DE LAPERSONNE.

Zur Frage der folliculäre Erkrankung der Bindehaut des Auges (La question de l'inflammation folliculaire de la conjonctive oculaire), par RHEIN (*Arch. f. Ophthalm., XXXIV,* 3).

L'auteur résume ses recherches et ses observations dans les propositions suivantes :

L'inflammation folliculaire de la conjonctive est occasionnée par des micro-organismes qui s'infiltrent dans le stroma conjonctif de la muqueuse, et qui, sans détruire les tissus, produisent par leur évolution une action inflammatoire qui amène le développement des follicules. Les follicules formés sur une conjonctive tuberculeuse ne peuvent être différenciés, ni microscopiquement ni macroscopiquement, des follicules trachomateux. La distinction entre les deux formes ne peut être établie que par l'inoculation expérimentale des micro-organismes sur les aninaux. La conjonctivite trachomateuse n'est très probablement pas occasionnée par une seule et unique espèce de coccus, mais il est probable que le même type clinique peut être produit par différentes sortes de bactéries.

Il semble donc que le trachome soit une entité morbide qui comprend toutes les maladies de la conjonctive, à l'exception de la tuberculose, dans lesquelles il se fait une production de follicules dans le tissu adénoïde. La raison pour laquelle le développement des follicules à la paupière supérieure développe un processus sur la moitié correspondante de la cornée peut être expliquée par le contact permanent de la sécrétion conjonctivale altérée avec la surface cornéenne. ROHMER.

Keratitis bullosa an einem Auge... (Kératite bulleuse sur un œil dans la chambre antérieure duquel deux cils restèrent, sans réaction, pendant 13 ans), par MEYER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier* 1889).

Une fille de 38 ans, en fendant du bois 14 ans auparavant, en reçut un éclat sur l'œil; ni hémorragie, ni forte douleur; à ce moment, un médecin

constate qu'il est entré des poils dans l'œil; on essaye de les enlever, sans succès, mais on ne provoque qu'une inflammation qui dure pendant huit jours. La vue, d'après la malade, redevint très bonne. On constata que les poils qui avaient la forme des cils de la malade avaient blanchi.

Depuis un an, la malade dit avoir fréquemment sur l'œil atteint des attaques de kératite bulleuse accompagnées de douleurs de tête très violentes. On constate, en effet, que la cornée est trouble, parsemée de petits points blancs, et à sa partie inférieure de petites bulles; pas de cicatrice résultant d'un traumatisme. Au devant de la pupille, on voit passer, de haut en bas, deux fils blancs dont le plus long dépasse le bord inférieur de l'ouverture papillaire. Tension normale, compte les doigts à un mètre et demi. Pendant la contraction papillaire, le plus long est situé sur la face antérieure de l'iris, l'extrémité du plus court ne peut être vue; pendant la mydriase, les deux fils sont attirés en haut avec le bord pupillaire, et avec la loupe, on voit que l'extrémité inférieure du plus court fil se recourbe en avant et pénètre dans la face postérieure de la cornée.

On enlève les cils à travers une petite incision cornéenne à l'aide d'une pince à branches mousses. Quelques jours après cette intervention, nouvelle attaque de kératite bulleuse, suivie de plusieurs autres, mais moins douloureuse que celles qui existaient avant l'extraction des cils.

L'auteur n'en attribue pas moins les attaques de kératite bulleuse à la présence des cils qui irritaient la membrane de Descemet et enlevaient l'épithélium par places, permettant ainsi l'infiltration de l'humeur aqueuse dans la cornée. ROHMER.

Eine neue Methode der Hornhauttransplantation (Une nouvelle méthode de transplantation de la cornée), par HIPPEL (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 1).

La clef du procédé est l'intégrité de la membrane de Descemet, laquelle assure la transparence de la cornée. Les indications de l'opération sont les taies de la cornée, même les plus étendues, pourvu qu'il reste une couche postérieure transparente (diagnostic souvent difficile à poser); une adhérence partielle de l'iris avec la cornée leucomateuse ne sera pas une contre indication. Il faut aussi, à l'aide de pressions faites avec une spatule, apprécier l'épaisseur de la cornée, autant que possible.

Avec un trépan spécial, on circonscrit un lambeau de 4 à 4,5 millimètres de diamètre sur la cornée leucomateuse, lambeau que l'on excise ensuite avec un couteau de Graefe, en laissant intacte la membrane de Descemet. Un lambeau cornéen d'un lapin, de même dimension, et comprenant toute l'épaisseur de la membrane, est placé sur la plaie. On saupoudre avec un peu d'iodoforme, et l'on applique un pansement qui reste trois jours en place, puis est changé tous les jours; le malade se lève le sixième jour.

Sur 8 cas de transplantation, l'auteur a obtenu 4 succès.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, on remarque un peu d'injection conjonctivale et ciliaire, laquelle disparaît au bout de huit jours. Au bout de trois semaines, le lambeau adhère totalement et reste transparent. ROHMER.

Untersuchungen zur Frage der Keratoplastik (Recherches sur la question de la kératoplastie), par WAGENMANN (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 1).

Après un historique très étendu de la question, l'auteur expose ses re-

cherches chez les lapins sur la nutrition et la vitalité des lambeaux transplantés. Un lambeau laissé encore adhérent par sa base se recolle facilement et guérit sans opacité par l'interposition d'une couche de fibrine; la nutrition du lambeau se ferait par un courant de diffusion, au niveau des lèvres de la plaie.

Un lambeau cornéen, détaché complètement, mesurant 7 à 8 millimètres en tous sens, fut maintenu en place par deux sutures. Sur 9 expériences, 4 fois il s'établit une infection de la plaie, et 2 fois il y eut hernie de l'iris qui produisit la gangrène du lambeau. La guérison, au bout de quatre semaines, est complète, et s'effectue encore à l'aide d'une couche de fibrine accolant les lèvres de la plaie. Deux fois il y eut des synéchies antérieures, qui favorisent le staphylome antérieur. Les lambeaux restèrent transparents.

Recherchant les causes qui occasionnent l'opacification du lambeau dans la transplantation de la cornée, l'auteur invoque d'abord les processus infectieux venus de l'extérieur, lesquels provoquent la suppuration; il faut donc observer tout d'abord une stricte antisepsie. Il faut éviter, en second lieu, de laver le lambeau avec des solutions coagulantes; dans ce but, le mieux est de faire, avant l'opération, l'antisepsie complète de l'œil avec une solution de sublimé, et des instruments par la chaleur.

Pour ce qui est de l'action de l'épithélium postérieur sur la transparence de la cornée, l'auteur a constaté qu'en l'enlevant par le grattage, à travers une incision cornéenne, on amenait une opacification persistante de la cornée; un pannus peut même en être la conséquence dans quelques cas. Il faut donc, dans la pratique, ménager les lambeaux le plus que l'on pourra. ROHMER.

Hornhautkrümmung bei erhöhtem intraocularen Druck (Changements de courbure de la cornée pendant l'angmentation de pression intra-oculaire), par EISSEN (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 2).

L'auteur résume ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° L'œil du lapin possède une pression physiologique de 24 à 25 millimètres de mercure. Une augmentation relativement peu considérable de cette pression physiologique détermine un changement de forme de la cornée; il suffit, pour cela, de 5 à 10 millimètres de mercure. Une augmentation de la pression normale allant jusqu'à 25 millimètres de Hg n'est supportée par aucun œil sans changements de forme;

2° En général, la proposition d'Helmholtz est justifiée, qui dit que « la courbure cornéenne, abstraction faite des différences individuelles, dépend de la pression des liquides de l'œil, de telle sorte que le rayon de courbure de la cornée augmente avec la pression intra oculaire; R (rayon de courbure du grand méridien), au début de l'expérience augmente de $0^{mm},028$; *r* (rayon du petit méridien) de $0^{mm},046$;

3° Avec un accroissement de la pression intra-oculaire, l'astigmatisme qui en résulte, après une augmentation passagère, diminue successivement, avec des degrés de pression relativement peu élevés; c'est, au moins, ce que l'auteur a constaté avec les degrés de pression qu'il a employés;

4° Dans l'état de tension des enveloppes de l'œil, l'astigmatisme normal devient contraire à la règle, en ce sens que le grand axe quitte la direction horizontale et devient vertical. Cet état explique les cas d'astigmatisme contraire à la règle observés pendant des attaques de glaucome, dans lesquelles la pression intra-oculaire paraît dépasser celle que l'on obtient expérimentalement ;

5° Sur 46 yeux de lapin, la courbure de la cornée n'a pas réagi 2 fois d'une façon semblable avec le même degré de pression, ni même chez le même individu.

ROHMER.

Zur historischen Kenntniss der Vorderkammer-Auswaschungen (Connaissances historiques sur le lavage de la chambre antérieure), par MAGNUS (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 2).

Magnus résume l'histoire du lavage de la chambre antérieure. Quoiqu'il ne puisse affirmer que Saint-Yves, déjà cité par de Wecker, ait inventé cette méthode au commencement du dix-huitième siècle, il n'y a pas de doute, selon l'auteur, que le procédé en question n'ait été appliqué avant la fin du seizième ou le commencement du dix-septième siècle. La théorie erronée de l'importance de l'humeur aqueuse comme élément de nutrition de la lentille, organe présumé de la perception de la lumière, a été, en effet, abandonnée vers cette époque. Jusqu'à présent, trois indications du lavage intra-oculaire ont été posées : 1° l'évacuation des exsudats inflammatoires de la chambre antérieure, surtout de l'hypopion (Saint-Yves) ; 2° l'évacuation des débris cristalliniens après l'extraction de la cataracte (Guérin, 1773 ; Sommer, 1779) ; 3° la restauration de la courbure de la cornée dans les cas d'affaissement après l'extraction de la cataracte (Maunoir, 1829). De ces trois indications, il n'y a que la seconde qui fut généralement acceptée vers la fin du siècle passé. La méthode fut améliorée par Forbuze, de Bruxelles, en 1799. Elle était tout à fait oubliée pendant la première moitié de notre siècle.

ROHMER.

De l'énucléation dans la panophtalmie, par PANAS (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtalm.*, *VI*, *p.* 82 *et Arch. d'ophtal.*, *VIII*, *n°* 14, *p.* 316).

Chez un malade, ancien brightique, l'énucléation, nécessitée par une panophtalmie et par des accidents sympathiques, fut bientôt suivie de pleurésie purulente et d'une méningite suppurée qui emporta le malade 10 jours après l'opération. L'étude bactériologique a démontré que le tissu cellulaire de l'orbite, le liquide de l'espace intervaginal des deux nerfs optiques, le pus des méninges, le sang des artères cérébrales, le liquide d'un kyste rénal, contenaient tous du staphylococcus albus mélangé au streptococcus en quantité moindre, et ces microbes avaient été trouvés dans l'œil énucléé.

L'infection de l'organisme avait donc précédé la panophtalmie ; ce n'est pas une raison pour condamner l'énucléation dans la panophtalmie, comme l'a fait de Græfe, dont l'opinion a prévalu ; seulement l'opération doit être faite prématurément, dès l'instant que les tentatives pour arrêter la suppuration du globe sont restées infructueuses. On devra encore la faire en pleine suppuration, mais à la condition expresse qu'il n'existe pas déjà des lésions indiquant une généralisation de l'infection et que le

malade n'offre pas de tares organiques, albuminurie ou diabète ; bien entendu, cette opération se fait avec l'antisepsie la plus rigoureuse.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Abadie, Meyer, Vacher, Galezowski, Coppez se sont montrés hostiles à l'énucléation dans ces cas. Gayet, Fieuzal, Dianoux pensent qu'il faut se hâter d'enlever totalement la cause d'infection, et Motais dit que, dans les cas de mort, après l'énucléation, on est en droit de se demander si l'opération est bien la cause de la méningite ou si le sujet n'était pas déjà infecté. L'observation de Panas paraît démontrer la réalité de ce dernier mécanisme; elle est confirmée par de nouveaux cas relatés dans les *Archives*, en particulier une observation de Webster. F. DE LAPERSONNE.

On iridectomy for recurrent iritis, par NETTLESHIP (*Trans. of the ophth. Soc. of the un. Kingdom, VIII, p.* 94).

L'iridectomie paraît être beaucoup moins en faveur depuis quelques années dans les cas d'iritis à rechute, c'est qu'on tient moins compte des conditions locales que de l'état général pour expliquer les manifestations cliniques. Pour étudier cette question il faudrait établir un grand nombre de variétés différant par leur marche, leur terminaison et aussi leur cause.

L'auteur présente une vingtaine d'observations qui tendent à démontrer que l'iridectomie peut être indiquée lorsque l'iritis aiguë à rechute n'a pas entraîné des troubles trop marqués de l'humeur aqueuse, ni d'altérations structurales trop profondes en dehors des points adhérents: dans l'iritis chronique elle donne de bons résultats lorsque les adhérences sont circulaires, mais non totales et que la partie moyenne de l'iris bombe en avant. Il faut reconnaître cependant que cette opération présente quelquefois de grandes incertitudes dans ses résultats, surtout en ce qui concerne l'iritis aiguë, aussi sera-t-il bon de n'y arriver qu'après avoir épuisé tous les autres moyens de traitement. F. DE LAPERSONNE.

Aniridia utriusque oculi completa congenita (Aniridie congénitale complète des deux yeux), par FELSER (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk., août* 1888).

L'auteur a observé deux sœurs, de 30 et 35 ans, toutes deux atteintes de diminution congénitale des deux cornées, avec cataractes équatoriales, et aniridies complètes ; l'accommodation se faisait très bien ; mais l'ophtalmoscope fit voir des papilles petites, ovalaires, à contours peu nets ; les vaisseaux de la rétine sont très ténus ; l'une des deux sœurs avait le crâne déformé en pain de sucre et était d'une intelligence médiocre. Chez elle, l'extraction des deux cataractes n'améliora que très peu l'acuité visuelle. ROHMER.

Ectopia Lentis, atrophische Zonula, Vierfahsehen (Ectopie du cristallin, atrophie de la zonule, et vision quadruple), par HEDDAEUS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai* 1888).

Les deux cristallins sont congénitalement déplacés en haut et en dedans, de telle sorte que leur bord inférieur et interne vient à peu près au milieu de la pupille et le bord opposé s'accuse par une légère saillie sous la sclérotique ; entre le bord de la lentille située dans la pupille et le corps ciliaire, apparaissent des plis filiformes dus à la zonule tiraillée. La malade (une jeune fille de 16 ans) voit quatre images d'un objet, deux dues à l'aphakie, les deux autres à travers les lentilles ; un prisme de 30° réunit les images aphaques

qui sont plus nettes que les autres. Et cependant la diplopie gêne peu la patiente, habituée qu'elle y est depuis son enfance. ROHMER.

Gefässhaltige Ueberreste des hinteren Abschnittes der gefässhaltigen fötalen Linsenkapsel (Débris vasculaires du segment postérieur de la capsule cristallinienne fœtale chez un adulte, sur un œil, avec persistance de la membrane pupillaire et autres anomalies de développements), par SULZER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., novembre* 1888).

Chez un Javanais de 17 ans, fils d'une Javanaise et d'un Européen, on trouve, à l'examen pour le service militaire, une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit; le champ visuel présente en haut et en dedans un scotome irrégulier, allant jusqu'à la limite du rouge, sans cependant atteindre celui-ci. Dans la vision de loin, l'œil droit, myope, est dévié en dehors, et l'individu se sert seulement de son œil gauche hypermétrope ; le contraire se passe pour la vision de près ; c'est l'œil droit qui sert, tandis que le gauche ne converge pas.

L'œil droit, à l'éclairage oblique, présente sur la capsule cristallinienne antérieure, une tache de pigment de 1 millimètre de large, située en haut et en dedans ; il s'en détache, en bas et en dehors, un fil très mince allant jusqu'au petit cercle de l'iris. A l'image droite, et en s'approchant à 4 ou 5 centimètres du patient, on voit sur la face postérieure du cristallin, une bandelette blanchâtre, de 2 millimètres et demi de large, et mesurant en longueur tout le diamètre cornéen ; sur la partie antérieure de cette bandelette se voit nettement un petit vaisseau rempli de sang. La papille du nerf optique est irrégulièrement ovalaire; à sa partie inférieure est un staphylome postérieur; de sa partie inférieure aussi se détache une bandelette grisâtre qui va se perdre dans le corps vitré. A la partie inférieure, on voit un décollement de la rétine ; relié à la papille par un petit cylindre creux, blanchâtre, dans la lumière duquel on reconnaît des artères et des veines d'un calibre analogue à celles des deuxième et troisième ordre de la rétine. Le milieu de ce cylindre présente une réfraction de + 4 et + 5 D, tandis que celle de la papille est de — 5 D.

La bandelette située derrière le cristallin est évidemment un reste de la tunique vasculaire de la lentille ; elle a persisté en arrière, comme la membrane pupillaire a laissé des débris en avant.

Quant à la bandelette qui se trouve en connexion avec la rétine, on pourrait la prendre pour de la rétinite proliférante (Manz) ; mais il paraît plus naturel d'attribuer son origine à une inflammation ou à une hémorragie survenue pendant la vie intra-utérine, et ayant amené un défaut de développement du système circulatoire de la rétine et du corps vitré. ROHMER.

Zur Frage der Retinitis pigmentosa sine pigmento (Contribution à l'étude de la rétinite pigmentaire sans pigment), par P. PELTESOHN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juillet* 1888).

Un ouvrier lithographe, âgé de 21 ans, se présente à la clinique, en avril 1885, se plaignant d'une diminution de la vision ; de lui-même, il dénonce l'héméralopie; un cousin, de 30 ans, souffrait de la même affection; pas de consanguinité dans leurs ascendants. Le champ visuel du patient, dans un demi-jour, est réduit jusqu'à 10 du point de fixation. A l'ophtalmoscope, comme dans les cas de cette sorte, on trouve les papilles un peu troubles, de couleur un peu cireuse, les artères légèrement rétrécies ; (astigm. de-2 et-4 D.) A la périphérie, on voit de petites taches blanchâtres nullement limitées ; pas de trace de pigment typique, si ce n'est un petit grain de pigment presque insignifiant sur l'une des taches. Six mois plus tard, le champ visuel

est encore réduit à 8° par un éclairage incomplet; le bleu et le rouge sont bien perçus par un bon éclairage, tandis que le vert n'est perçu qu'au centre. — Le malade se représente trois mois plus tard, et cette fois, on trouve les taches de pigment caractéristiques; les mêmes taches blanches persistent, mais toutes portent des traces de pigment; c'est surtout le long des vaisseaux qu'on voit le pigment sous forme de corpuscules osseux, et envahissant peu à peu le centre du fond de l'œil. L'acuité visuelle n'est pas changée; mais le champ visuel est rétréci, même avec un éclairage normal; dans la pénombre, ses limites vont jusqu'à 5°; le malade ne peut plus se conduire seul dans la rue, une fois le soir arrivé. Depuis 2 ans aussi, deux frère et sœur ont été atteints d'héméralopie.

L'auteur conclut de ce cas, que la rétinite pigmentaire sans pigment est identique avec la rétinite pigmentaire ordinaire et ne constitue qu'un stade récent de cette maladie. ROHMER.

A contribution to the pathology of albuminiric retinitis, par WECKS (*Arch. of ophthalm., XVII, n° 3, p.* 276).

Wecks a examiné six globes atteints d'altérations diverses chez des brightiques. L'un de ces globes avait dû être énuclée par suite d'une attaque de glaucome aigu, les autres ont été enlevés peu de temps après la mort. Dans le premier cas, l'examen histologique permit de reconnaître une excavation profonde de la papille, la cupule était remplie par des caillots sanguins. Les altérations portaient surtout sur les artères de la rétine et du nerf optique qui étaient oblitérées dans un grand nombre de points, par suite de la dégénérescence hyaline de leurs parois. Les couches de la rétine, surtout la couche des fibres nerveuses, étaient envahies par des exsudats ou par du sang en nature, qui dissociaient les éléments : dans certains points l'hémorragie déchirant la limitante interne et l'hyaloïde, le sang s'était répandu dans le corps vitré. Ailleurs, une exsudation séreuse avait séparé la rétine de la choroïde, ce qui répond aux décollements limités qu'on observe pendant la vie. Enfin dans les cas plus anciens on voyait par places le tissu scléreux envahir toute l'épaisseur de la rétine; une section transversale du nerf optique montrait que les trabécules du tissu connectif considérablement épaissies étouffaient les éléments nerveux.

Cette étude confirme l'hypothèse de deux classes différentes d'altérations rétiniennes dans les maladies du rein. L'une, dépendant entièrement des altérations sanguines, est produite par une maladie aiguë des reins, qui précède toujours les troubles rétiniens ; l'autre tenant à des altérations vasculaires ; dans ce cas les lésions oculaires précèdent quelquefois les symptômes rénaux. Cette seconde classe est de beaucoup la plus nombreuse. F. DE LAPERSONNE.

Ueber einen Fall von Retinitis hœmorrhagica albuminurica (Sur un cas de rétinite hémorragique brightique évoluant en plusieurs années), par MICHAELSEN (*Cent. f. prakt. Augenh., décembre* 1888).

Magnus a prétendu que la rétinite hémorragique, même ne s'accompagnant pas de phénomènes inflammatoires, était une des formes les plus dangereuses pouvant compliquer une maladie générale.

Un homme de 42 ans, presbyte de l'œil gauche, a, avec un verre convexe de 4 D une acuité visuelle = 1. L'œil gauche, opéré de strabisme autrefois, est en

déviation secondaire, et fortement amblyope ; au bout de 15 jours, le malade se plaint de voir comme à travers un nuage. Comme antécédents, on note du rhumatisme et de la syphilis. A l'ophtalmoscope, on voit une coloration rosée aux alentours de la macula ; de minces infiltrations rétiniennes, semblables à de fins nuages mal limités, sont répandues partout ; il existe en outre de petites hémorragies linéaires. On trouve de l'albumine en masse dans l'urine.

Trois ans plus tard, le malade se représente, et l'on constate des hémorragies rétiniennes multiples, de date plus ou moins ancienne, répandues sur tout le fond de l'œil et sur tout le long des vaisseaux ; en outre, on voit de rares exsudats, répandus discrètement sur la rétine. L'urine renfermait maintenant, outre de l'albumine, du pus et des cellules épithéliales. Sous l'influence d'un séjour à l'hôpital, l'état général s'améliore de nouveau, et l'état des yeux ne s'aggrave nullement.

Il est à remarquer, comme l'avait déjà fait observer Fœrster, que ce fut la faiblesse accommodative qui fut la première manifestation de l'état général mauvais chez ce malade. On ne put, non plus, constater d'altération des artères rétinéennes, quoique les artères du reste du corps fussent sclérosées et le cœur hypertrophié. Quant à l'influence de la syphilis sur la maladie oculaire, l'auteur la croit nulle, à cause de la transparence persistante des milieux. ROHMER.

Ungewöhnlich grosse retinale Hæmorrhagie in der Gegend der Macula (Hémorragie énorme de la rétine dans la région de la macula. Résorption ; retour complet de l'acuité visuelle), par MELLINGER (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk*, *octobre* 1888).

Un homme de 35 ans est pris de cécité subite à l'œil gauche. V = 2/200. Tension normale. L'ophtalmoscope permet de voir au bord interne de la papille une hémorragie ayant 4 fois le diamètre papillaire, un peu allongée verticalement ; puis, sur le restant de la rétine, de petites hémorragies ponctuées. L'œil droit est normal ; cœur sain, vaisseaux normaux, ni sucre, ni albumine. Le traitement consiste en application de glace sur l'œil, et élixir de Haller à l'intérieur. L'hémorragie juxta-papillaire disparaît peu à peu, et la vision revient insensiblement, à tel point que 5 mois après l'accident, il ne restait plus la moindre trace d'un épanchement de sang, et V = 1.

Comme étiologie, l'auteur n'admet, dans ce cas, qu'une altération vasculaire de nature inconnue, et encore, simplement à titre d'hypothèse ; de plus, ce fut après un travail astreignant de toute une journée et de la soirée, que survint l'hémorragie.

Quant au siège de l'épanchement sanguin, il faut admettre qu'il était à la face interne de la rétine, entre la membrane limitante interne et l'hyaloïde.

L'application de la glace fut continuée pendant plusieurs semaines, et laissée de côté seulement petit à petit ; on se fie pour cela aux sensations douloureuses qu'éprouve le patient. ROHMER.

Retinitis hemorragica nach ausgedehnter Hautverbrennung (Rétinite hémorragique consécutive à une brûlure de la peau), par WAGENMAMN (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 2).

Un jeune homme de 19 ans s'était brûlé la moitié gauche de la figure, le bras et la main gauches, le dos et les parties inférieures des deux jambes, la brûlure était du second degré. Vingt-quatre heures après, on constata une rétinite hémorragique des deux yeux ; mais l'auteur pense qu'elle exis-

tait déjà avant la brûlure, sans que le malade, qui était en état d'hébétude, s'en plaignît.

Les hémorragies ne se présentaient qu'au voisinage des papilles hyperémiées; elles formaient des traînées le long des vaisseaux et des points dans tout le voisinage des papilles jusqu'à la macula. Les veines étaient tortueuses. En outre, il existait des bandes grisâtres à côté des vaisseaux et aussi des taches blanchâtres, formant un rond autour des papilles. L'acuité visuelle était considérablement diminuée. En quelques semaines, la guérison fut complète; seulement les papilles se décolorèrent, la gauche tout entière, la droite surtout dans la moitié temporale. Le malade n'ayant ni néphrite, ni septicémie, ni anémie grave, l'auteur pense que la rétinite hémorragique était directement causée par la dissolution du sang, suite de brûlure, ainsi que l'ont démontré les expériences de Ponfick, Lesser et Klebs. L'apparition du sang dans les excréments pendant les premiers jours après la brûlure, et l'apathie psychique du malade parlent en faveur de l'hypothèse de l'auteur. ROHMER.

Un cas de guérison d'embolie d'une artère de la rétine, par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, *octobre* 1888).

L'auteur rapporte un de ces cas étonnants que, dit-il, on ne peut croire qu'après en avoir été soi-même le témoin. Voici le cas : Un homme de 52 ans, très nerveux, ressentit tout à coup des douleurs de tête, un papillonnement devant l'œil droit, ainsi qu'un notable abaissement de la vue de ce côté. Rien au cœur. L'examen ophtalmoscopique est rendu très difficile à cause des mouvements continuels que fait le malade ; néanmoins, on conclut à une embolie de l'une des artères de la rétine. Quelques jours plus tard, après instillation d'homatropine, l'ophtalmoscope permet de voir sur l'artère temporale inférieure de la rétine, à quatre diamètres papillaires de celle-ci, une masse brunâtre, linéaire, renfermée dans la lumière du vaisseau ; au delà, celui-ci paraît vide de sang ; œdème dans le département rétinien situé sous la dépendance du vaisseau obstrué. On pria le malade de regarder fortement en dedans, puis on pratiqua un fort massage sur la partie de l'œil correspondant à l'artère lésée. Aussitôt le malade d'accuser une amélioration de l'acuité visuelle, et le lendemain la fonction de l'œil était redevenue complètement normale. ROHMER.

Einseitige Accommodationsparese mit Mydriasis bei inveterirter Syphilis (**De la parésie unilatérale de l'accommodation avec mydriase dans la syphilis ancienne**), **par Fr. HOSCH** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n° 4*, *p.* 97, 15 *février* 1888).

Dès 1874, Mooren avait indiqué que parmi les antécédents des malades ayant une parésie unitatérale de l'accommodation avec mydriase, on trouve la syphilis, deux fois sur trois. En 1878, Hutchinson (*R. S. M.*, XII, 656), décrit cette affection sous le nom d'ophtalmoplégie interne et en localise le siège dans le ganglion ciliaire Dans la même année, Alexander (*R. S. M.*, XIII, 700) fait connaître vingt-huit nouveaux cas de ce genre.

Le travail de Hosch en contient cinq autres dont l'étude l'a amené aux conclusions suivantes, qui sont déjà celles d'Alexander.

1° Il s'agit de malades chez lesquels la syphilis a passé presque inaperçue et n'a pas réclamé de traitement énergique.

2° Cette affection oculaire est incurable, résistant aussi bien aux médications générales qu'aux locales.

Quant au siège de la maladie, il faut évidemment, à la suite des re-

cherches de Hensen et Völckers ainsi que de Kahler et Pick, le placer à la partie antérieure du noyau du moteur oculaire commun, puisque c'est le seul lieu où les fibres destinées au sphincter pupillaire et au muscle ciliaire sont à la fois rapprochées les unes des autres et en même temps assez distantes des autres branches de l'oculaire commun, pour pouvoir devenir malades isolément. J. B.

Beitrag zur Casuistik der recidivirenden Oculomotoriuslähmung (Contribution à l'étude de la paralysie récidivante de l'oculo-moteur), par FURST (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juillet* 1888).

Un enfant de 10 ans, sans antécédents héréditaires, n'a éprouvé, jusqu'alors, que de grandes frayeurs vers le soir; pas d'épilepsie. Depuis 6 jours, il se plaint de maux de tête, a vomi deux fois et depuis 3 jours, il existe une lésion de l'œil gauche, consistant en une paralysie de l'oculo-moteur ; rien du côté du système nerveux, si ce n'est une parésie de toute la moitié gauche du front, sans anesthésie. Le droit externe et le grand oblique de l'œil atteint sont intacts ; diplopie notable. Pas de syphilis, ni d'autre lésion locale ou générale. Sangsues derrière l'oreille, purgatifs, glace et iodure de potassium. L'enfant n'est représenté que 5 semaines plus tard, mais totalement guéri ; il avait continué, jusqu'alors, l'usage de l'iodure de potassium. — Deux ans et demi après, l'enfant revient de nouveau avec les mêmes symptômes de paralysie, mais un peu atténués ; même traitement que la première fois ; au bout de quelques jours, la guérison était de nouveau parfaite.

L'auteur ne sait comment expliquer l'origine de cette paralysie, étant donnée l'absence de tous autres symptômes du côté du système nerveux. ROHMER.

Ueber den Einfluss von santoninsäuren Natron auf ein normales trichromatisches Farbensystem (De l'action du santoniate de soude sur un système de couleur trichomatique normal), par KÖNIG (*Centralbl. f. prakt. Augenh., décembre* 1888).

Deux heures après l'ingestion de $0^{gr},2$ décigrammes de ce sel, l'auteur perçoit au niveau de son point de fixation une tache jaune nettement limitée, puis tout le champ visuel se colore en jaune; en prenant $0^{gr},1$ de plus de santoniate de soude, cette tache jaune centrale est remplacée par une couleur violette; puis, l'extrémité violette du spectre diminue; la coloration jaune du champ visuel disparaît après huit à dix heures.

Avec $0^{gr},4$ de santoniate de soude, la coloration jaune du champ visuel apparaît déjà au bout d'une demi-heure, et le violet du spectre disparaît; au bout de quatre à cinq heures tout a disparu. Les mêmes essais, répétés quinze jours plus tard, ne produisirent plus d'effet nuisible sur la vue; il semble donc qu'il se fasse une sorte d'accoutumance.

L'auteur conclut de ses recherches que l'emploi à l'intérieur du santoniate de soude ne produit pas une paralysie des extrémités nerveuses de la rétine sensibles au bleu (ce qui aurait empêché de percevoir la différence entre le vert, le bleu-vert et le bleu), mais une diminution du spectre du côté de son extrémité violette.

Les altérations sont, en somme, analogues à ce que l'on observe quand on regarde à travers un verre d'urane assez épais ; il devrait donc y avoir une coloration jaune des milieux transparents de l'œil. Si l'examen ophtalmoscopique n'a pas révélé ce fait, cela est dû sans doute à l'em-

ploi de la lumière artificielle et non à celle du jour, qui aurait peut-être permis de vérifier ce point. ROHMER.

Ueber Lähmung der Convergenz-und Divergenzfähigkeit (Paralysie de la fonction de convergence et de divergence), par STÖLTING et BRUNS (*Arch. f. Ophth., XXXIV*, 3).

S. et B. rapportent une première observation qui a trait à une fille de 30 ans, qui, depuis 15 ans, gardait le lit pour une maladie non spécifiée. Outre une atrophie absolue des nerfs optiques, il y avait une paralysie complète de la convergence, malgré la persistance d'associer dans le cerveau l'image produite par chaque œil. Contrairement à ce que l'on observe dans le tabes, la pupille réagissait bien à la lumière, mais ne se contractait pas pendant la vision de près; l'accommodation était conservée.

Dans un second cas, les auteurs virent se développer une paralysie de la divergence qui débuta par une insuffisance des droits externes. Des prismes divergents de 3 degrés à base en dehors aidaient d'une façon variable pour la vision de près et de loin. Dans l'espace de 4 mois, il se développa une diplopie homonyme, malgré la conservation intégrale des mouvements associés latéraux et de l'accommodation. Dans la vision de loin, on trouva pour les droits externes une faiblesse de 8 degrés, pour les internes de 49 degrés; dans la vision de près, ce fut 1 et 54 degrés. Autrement, pas d'anomalie du système nerveux.

Parinaud et Watteville avaient déjà attiré l'attention sur des symptômes analogues. D'après le premier de ces auteurs, l'accommodation et la réaction pupillaire ne sont pas normales dans les cas typiques du premier genre de convergence. Il existe en même temps de la diplopie croisée; cette diplopie se remarque surtout pendant la vision latérale, ce qui est un signe diagnostique important des paralysies des droits internes. L'accommodation peut être paralysée, réduite ou normale. En cas de paralysie, le défaut se remarque quand on approche les objets de l'œil. La réaction pupillaire est conservée à l'égard de la lumière, mais fait défaut pendant la convergence ou la vision de près. On observe des paralysies analogues de la divergence. Les mouvements de la convergence sont possibles; mais, malgré cela, le malade ne peut ramener ses axes oculaires au parallélisme. Si l'objet est peu éloigné, les images doubles sont homonymes et existent dans toutes les directions. A cela, on peut encore ajouter la paralysie de la convergence, et, dans ce cas, les axes visuels se croisent à une distance déterminée. Les symptômes en sont: la difficulté d'apprécier la distance, et du vertige; ce dernier ne dépend qu'en partie du trouble oculaire: son siège serait plutôt dans le cervelet. ROHMER.

Nystagmus, par Gordon NORRIE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., août-septembre* 1888).

L'auteur rapporte deux cas de nystagmus unilatéral.

Dans l'un, il s'agit d'un enfant de 9 mois, atteint de nystagmus horizontal de l'œil gauche (200 oscillations par minute), en même temps que d'un mouvement de latéralité de la tête; après instillation d'atropine, une seule fois, sa pupille resta dilatée pendant 15 jours, et le nystagmus disparut pour ne plus reparaître, ainsi que le mouvement de la tête.

Le second cas a trait à un individu de 43 ans, atteint de sclérose disséminée; les deux papilles optiques étaient blanches comme de la craie, avec une acuité

visuelle notablement diminuée; l'œil droit comptait les doigts à une distance de 20 pieds, le gauche à 6 pieds. Cet œil gauche était atteint d'un mouvement continuel, horizontal lorsque les lignes du regard étaient abaissées au-dessous du plan équatorial de l'œil, et d'un mouvement de rotation lorsque les yeux étaient dirigés vers en haut. Ce n'est que dans l'extrême regard en haut que les mouvements cessaient. L'œil droit était tranquille ; sauf après un examen prolongé (champ visuel, couleurs, etc.) ; il était animé d'un petit mouvement de rotation.

L'auteur pense que les mouvements de la tête qui accompagnent ce nystagmus unilatéral ne sont qu'un résultat du même processus cérébral occasionnant le nystagmus ; il ne faut pas les regarder comme mouvements de compensation des oscillations de l'œil. ROHMER.

Functionnal eye symptoms in hysteria and allied conditions, par H. GRIFFITH (*Trans. of the ophth. Society of the united Kingdom, VIII, p. p.* 292).

De l'analyse de 44 observations, il résulte qu'on observe rarement la cécité hystérique absolue et qu'elle n'existe que sur un seul œil. On rencontre plus fréquemment l'amblyopie monoculaire avec rétrécissement du champ visuel et achromatopsie ; ces phénomènes coïncident le plus souvent avec l'hémianesthésie ; plus rarement on les observe en dehors de toute altération de la sensibilité. Dans presque tous les cas, on a observé du blépharospasme, soit isolé, soit associé aux autres symptômes. Comme dernier caractère, il faut signaler la déviation conjuguée des yeux et surtout l'asthénopie, qui est très fréquente.

L'auteur pense que la cause du rétrécissement du champ visuel réside dans une altération des centres nerveux. F. DE LAPERSONNE.

Contribution à l'étude des troubles de la vision à la suite d'accidents de chemin de fer, par BADAL (*Arch. d'ophtalmologie, VIII, n°* 5, *p.* 386).

On sait que les auteurs sont loin d'être d'accord sur les troubles nerveux observés à la suite des accidents de chemin de fer. Il est probable qu'ils ont une origine purement psychique, ceux du moins qui donnent à l'affection la physionomie spéciale ; mais il existe toujours d'autres symptômes qui font prendre à la maladie les allures de certaines névroses, l'hystérie par exemple. Fréquemment aussi les manifestations morbides sont le résultat de lésions matérielles du système nerveux central, ou des appareils organiques, comme les reins, les poumons, le cœur. Enfin, chez quelques blessés, et notamment chez ceux qui ont reçu des blessures à la tête, l'action réflexe ou inhibitoire, exercée par les blessures ou leurs cicatrices, peut aussi avoir sa part d'influence sur l'éclosion et la marche des accidents. Dans un cas qui a donné lieu à un rapport médico-légal très détaillé, les troubles oculaires étaient caractérisés par un affaiblissement notable de l'acuité visuelle, avec tendance au strabisme externe du côté droit, par de l'asthénopie nerveuse et surtout par un rétrécissement concentrique très prononcé du champ visuel, ce qui excluait toute idée de simulation. On observait, en outre, une diminution de l'acuité auditive, un affaiblissement général portant à la fois sur le système musculaire et sur les fonctions cérébrales, enfin, une anal gésie généralisée avec abolition du réflexe pharyngien.

F. DE LAPERSONNE.

Optic atrophy in three brothers (smokers), par BROWNE (*Trans. of the ophth. Soc. of the un. Kingdom, VIII, p.* 235, 14 *juin*).

L'auteur communique l'observation de trois frères, tous fumeurs, qui sont atteints d'atrophie du nerf optique à des degrés divers, mais présentent tous le scotome pour le blanc et le rouge. Le tabac paraît avoir été la cause déterminante de l'atrophie optique qui a débuté par une névrite rétro-bulbaire. On peut établir différentes classes d'amblyopie : dans les cas d'amblyopie type des fumeurs, la lésion n'attaque pas les fibres centrales, l'affection disparaît avec la cessation de la cause ; à côté on observe des cas d'amblyopie produite par une névrite rétro-bulbaire qui débute au centre, s'étend à la périphérie et se termine par une atrophie plus ou moins complète du nerf. C'est dans cette classe que se rangent les cas observés. L'hérédité paraît jouer un rôle important dans l'étiologie. F. DE LAPERSONNE.

Oscillation de la pupille, par Gordon NORRIE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., août-septembre* 1888).

Un individu de 33 ans, exempt d'épilepsie, d'hystérie et de nystagmus, de bonne constitution, a une myopie de — 3 D avec Ast. — 1 (axe vertical) V = 5/4 des deux yeux. Le sens des couleurs, le champ visuel, le fond de l'œil sont normaux. Dans une chambre obscure, on observe constamment des alternatives de dilatation et de contraction pupillaire ; à la lumière du jour, le phénomène est beaucoup moins net. Ces mouvements se font d'une manière irrégulière, mais sont synchrones pour les deux yeux. Ni l'accommodation, ni la projection de la lumière dans l'œil avec une loupe, n'ont d'influence sur eux. Il n'y a pas de rapports avec le pouls ou la respiration. ROHMER.

Tumours of the ciliary body, par MULES (*Trans. of the ophth. Soc. of un. Kingdom, VIII, p.* 16).

Contrairement à l'opinion de Knapp, les tumeurs primitives du corps ciliaire sont rares, si l'on excepte les gommes et les tubercules. Les néoplasmes peuvent être divisés en bénins (myomes) et malins (sarcomes), et leur diagnostic présente, surtout à la première période, de grandes difficultés. Les douleurs ciliaires, la tension glaucomateuse, le décollement rétinien peuvent manquer, l'examen ophtalmoscopique donne peu de résultats, l'iridodyalise ne se produit pas toujours lorsque la tumeur a pour point de départ la partie postérieure de la région ciliaire. Par l'éclairage oblique il n'est pas toujours possible de savoir s'il s'agit seulement d'un staphylôme, d'après la transparence : quant à la ponction exploratrice, elle est toujours dangereuse. Dans un cas elle fut suivie du développement rapide de la tumeur à l'extérieur du globe ; dans un autre la mort survint au bout de trois mois.

L'iridodyalise, lorsqu'elle n'est pas cachée par un hypohéma, est toujours un signe important, elle se produit tantôt mécaniquement par l'écartement des fibres de l'iris, tantôt par l'envahissement de l'iris dont les fibres sont englobées dans la tumeur, tantôt aussi par un processus inflammatoire qui ayant fait adhérer l'iris, le décolle ensuite lorsque la tumeur augmente. Si l'on considère l'envahissement rapide de tout le globe ou même la perforation possible de la sclérotique, on verra qu'il faut se comporter comme pour les tumeurs malignes de la choroïde et

pratiquer rapidement l'énucléation. A citer cependant le cas de Rosas dans lequel l'ablation de la tumeur ciliaire avec le cristallin et un peu de vitréum fut suivie de guérison sans récidive. Les observations rapportées par Mules n'ont pas encore été suivies de récidive. Suit un tableau de 27 cas, empruntés à différents auteurs. F. DE LAPERSONNE

Beitrag zur Anatomie des Glaucoms (Contribution à l'étude du glaucome), par STÖLTING (*Archiv. f. Ophthalm.*, *XXXIV*, 2).

Stölting eut l'occasion d'examiner au microscope un œil glaucomateux amaurotique, extirpé pour cause de douleurs. Il trouva des altérations analogues à celles d'un cas publié dans les Archives de Graefe XXXIII, 2. Entre les adhérences de l'iris atrophié avec la cornée dans l'angle de la chambre intérieure, il constata surtout une déformation singulière du corps ciliaire. Les fibres circulaires du muscle ciliaire s'étaient avancés beaucoup devant les fibres méridionales, de sorte qu'il y avait un espace angulaire entre les deux parties du muscle, qui était rempli du tissu connectif nouveau, ainsi que l'espace normalement agrandi entre le muscle ciliaire et la base de l'iris. Les procès ciliaires étaient gonflés et plus nombreux qu'à l'état normal. La choroïde n'était que peu atrophiée par places, surtout devant et derrière les vasa vorticosa, tandis qu'il se trouvait même un épaississement de la choroïde près de l'ora serrata et autour du nerf optique, par suite d'une infiltration inflammatoire ou d'une stase. L'auteur attribue aux altérations inflammatoires de la choroïde un rôle important dans le développement du glaucome; en tout cas, d'après la déformation des procès ciliaires, il résulterait qu'elle est occasionnée par une force poussant d'arrière en avant. Il croit qu'il s'agit d'une augmentation primitive du volume du corps vitré, par suite de transsudations, plutôt que d'exsudats, dans l'espace suprachoroïdien. ROHMER.

Blutgefässneubildung im Glaskörper vor dem Sehnerveneintritt (Néoformation de vaisseaux dans le corps vitré, au-devant de la papille), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prak. Augenk.*, *janvier* 1889).

Chez un individu, syphilitique depuis un an et soumis à un traitement mercuriel, on voit, au fond de l'œil dont l'acuité visuelle diminuait, une masse bleuâtre au niveau de l'émergence des vaisseaux rétiniens, masse qui, à l'image droite, apparaît sous forme de fins vaisseaux néo-formés dans le corps vitré. La masse a la forme d'une feuille dont la tige touche au nerf optique, et dont la portion principale est dirigée en dehors et un peu en haut; pendant les mouvements de l'œil, on voit la masse se mouvoir légèrement. Le traitement antisyphilitique, énergiquement suivi, n'eut aucune influence sur la marche ou la disparition de ces vaisseaux. ROHMER.

Beitrag zur pathologischen Anatomie des Glaucoms (Contribution à l'anatomie pathologique du glaucome), par STRAUB (*Archiv f. Ophthalm.*, 414, *XXXIV*, 3).

Knies et Weber avaient démontré que, dans la plupart des cas de glaucome, la périphérie de l'iris vient s'appliquer contre la cornée, par augmentation de pression dans le corps vitré. Czermak et Birnbacher, dans une autre série de cas, avaient trouvé les vasa vorticosa perforants partiellement oblitérés par un processus veineux analogue dans les

veines à celui qui se produit dans l'endartérite oblitérante. L'excavation du nerf optique, ajoutée aux phénomènes précédents, constituait la triade anatomique caractéristique du glaucome. Snellen en a ajouté un quatrième qui est le suivant.

Lorsqu'on fait une section méridienne d'un œil frais à tension normale, on voit constamment la choroïde décollée de la sclérotique, dans les deux tiers environ de leur partie antérieure. Pour éviter cet effet de la section, les histologistes n'ouvrent plus les yeux qu'après les avoir fait durcir. Mais dans des yeux à tension bien inférieure à la normale (T.3), on a trouvé aussi ce décollement malgré les précautions prises; la rétraction avait donc déjà dû s'opérer pendant la vie. Tandis que les yeux, à tension exagérée se comportent pendant cette épreuve, comme des yeux normaux; seulement, pour faire la différence, il faut faire la coupe à l'état frais; c'est la seule façon de démontrer que, sur le vivant, la rétraction de la choroïde, dans des yeux à tension exagérée, ou bien n'existe pas, ou ne l'est qu'à un degré minime. C'est là le symptôme signalé par Snellen, et que Straub a signalé huit fois sur huit cas examinés; tandis que l'obstruction des veines perforantes a manqué trois fois, et l'excavation du nerf optique une fois; deux fois, elle n'était pas signalée.

D'après Straub, l'élasticité normale de la choroïde, sur des yeux sains, produirait le décollement constaté sur des coupes, et aurait pour but et effet la protection des veines vortiqueuses. Dans le glaucome, au contraire, cette élasticité n'existe plus; d'où, la compression du système veineux choroïdien antérieur, et l'augmentation de pression intra-oculaire. L'accolement de la choroïde à la sclérotique serait secondaire et n'apparaîtrait pas comme symptôme primitif, au moins dans certains cas; d'autres fois, au contraire, ce serait un symptôme de début. ROHMER.

Contributo allo studio dei tumori endoculari nei bambini, par Vittorio BASEVI (*Ann. di ottalmol., XVII, f.* 4).

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de gliosarcomes de la rétine, développés aux dépens de la couche la plus interne de la rétine, fibres nerveuses; l'inflammation de voisinage avait provoqué de la rétinite interstitielle avec décollement rétinien, de l'atrophie choroïdienne, de la cyclite et enfin des troubles du côté du cristallin. Les deux enfants étaient âgés l'un de 10, l'autre de 28 mois. Dans le 3e cas, on avait diagnostiqué aussi gliosarcome de la rétine, mais l'examen histologique a démontré l'existence d'un mélanosarcome de la choroïde; les caractères des cellules, la présence du pigment, le siège au niveau de la partie interne de la choroïde, confirment le diagnostic histologique; l'enfant, qui était âgé de trois ans et demi, eut bientôt une récidive dans l'orbite et mourut trois mois environ après l'énucléation.

F. DE LAPERSONNE.

Zur Indication der Magnetoperation (Indications des emplois de l'aimant), par PFLÜGER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., août* 1888).

Horner avait posé en principe que si, en cas de corps étranger métallique dans la chambre postérieure de l'œil, on découvrait, soit du pus dans le vitréum, soit un gros corps étranger (200 milligr.), soit enfin une absence de perception lumineuse, il fallait renoncer à sauver la fonction, même si l'extraction des corps du délit avait pu être pratiquée

heureusement, et s'en tenir à conserver, autant que possible, la forme du bulbe, à moins qu'on ne fût forcé en dernier lieu de l'énucléer.

Pflüger cite des faits prouvant que, même avec une suppuration partielle du vitréum, on a obtenu, après extraction du corps étranger, une acuité visuelle suffisante pour lire de très petits caractères, même trois mois après l'accident.

L'auteur est d'avis que, lorsque la présence du corps étranger ne peut être sûrement diagnostiquée dès le début, il est préférable d'attendre un commencement de suppuration du corps vitré, plutôt que de faire des recherches inutiles ou inconsidérées avec l'aimant, lequel occasionnera souvent plus de désordres que le corps étranger lui-même. ROHMER.

Ueber einen Fall von Magnetextraction mit Erhaltung normaler Sehschärfe (Un cas d'extraction de corps étranger à l'aide de l'aimant, avec conservation de l'acuité visuelle normale; réflexions), par LAQUEUR (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *octobre* 1888).

Sur 4 observations rapportées par l'auteur, dans lesquelles l'extraction du corps étranger métallique fut faite avec l'aiguille aimantée, l'acuité, après quelques mois, fut 1, 2/3, 1/6 et 0. L'auteur insiste sur ce point de diagnostic, que les débris métalliques, même brillants, vus à l'ophthalmoscope, ont toujours dans le corps vitré, un aspect terne et jaunâtre; ce n'est que dans le cas, où à l'inspection directe, avec la lumière du jour, on peut les voir fixés ou flottants derrière le cristallin, qu'ils présentent un reflet métallique et brillant. Pour ce qui est de l'extraction, avec des pinces, de débris métalliques partiellement engagés, dans l'œil, l'auteur s'élève avec force contre cette pratique; car presque toujours, le corps étranger s'échappe et est repoussé en totalité dans l'intérieur de l'œil; c'est à l'aimant qu'il faut recourir d'emblée.

ROHMER.

Un cas de colobome maculaire des deux yeux chez un enfant microcéphale, par DOR (*Revue générale d'ophtalmologie*, *VII*, *n°* 7, *p.* 312).

Le nerf optique présente une coloration grisâtre, il est entouré par une large zone blanche, attribuée à un colobome de la gaine du nerf : au dessus et en dedans se trouvent plusieurs plaques d'atrophie choroïdienne limitées çà et là par des taches pigmentaires. En dehors et au-dessous du nerf, à la distance de deux disques papillaires, on voit un large colobome de la choroïde nettement limité, parfaitement blanc et dans lequel on aperçoit quelques petits vaisseaux de la sclérotique ; il est impossible de préciser si la portion correspondant au colobome présente une excavation. Les deux yeux ont des altérations symétriques. Il s'agit de colobomes maculaires sur des yeux qui n'ont pas exécuté complètement la rotation ; les plaques d'atrophie choroïdienne sont des colobomes ébauchés. La coïncidence des lésions oculaires avec la microcéphalie et la synostose précoce des os du crâne parlent absolument en faveur de la théorie de l'arrêt de développement et du défaut d'occlusion de la fente fœtale. F. DE LAPERSONNE.

I. — Recherches sur l'emploi du naphtol-β dans l'ophtalmie purulente, par BUDIN et VIGNAL (*C. R. Soc. biologie*, 19 *mai* 1888).

II. — Du naphtol dans les ophtalmies purulentes, par VALUDE (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 3 *juillet* 1888).

I. — Le naphtol agit très rapidement contre l'ophtalmie purulente. Les enfants chez lesquels il a été employé n'ont pas eu de gonflement des paupières et la sécrétion purulente a été rapidement tarie ; chez une femme, le chémosis et le gonflement des paupières n'existaient plus après deux jours de traitement. P. L.

II. — Le naphtol est un antiseptique puissant qui a été essayé à la dose de 0,50 à 0,20 pour 1,000 dans le traitement des ophtalmies purulentes des nouveau-nés et de l'ophtalmie blennorragique de l'adulte. Dans les cas graves, il faut y joindre les cautérisations au nitrate d'argent, mais il peut suffire seul chez les jeunes sujets dans les cas légers. Il paraît amener rapidement la disparition du gonflement palpébral et la détente fluxionnaire : il a sur le sublimé l'avantage de ne pas être toxique.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber Amblyopie durch Nitrobenzol Vergiftung (Empoisonnement par le nitrobenzol (roburite) provoquant l'amblyopie), par NIEDEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *juillet* 1888).

Il s'agit d'un individu de 26 ans qui depuis plusieurs mois travaillait dans une fabrique de roburite, et qui, depuis 15 jours, souffrait des mêmes symptômes que tous ses compagnons, mais avec une telle intensité qu'il fut obligé d'interrompre son travail; il s'agissait, surtout, d'étouffements après le moindre effort, de battements de cœur, de nausées, de manque d'appétit, et une mauvaise odeur insupportable ; en même temps, il avait une lourdeur de tête accompagnée de fréquentes tendances syncopales. Après un certain temps, la vue s'affaiblit. Le malade avait l'aspect d'un cardiaque ou d'un poitrinaire; sa face était très cyanosée, pouls radial à 140, très faible. Après un court séjour de l'individu dans une pièce, il répandait autour de lui, et par sa respiration, une forte odeur d'amandes amères. Toutes les muqueuses, surtout la conjonctive, étaient cyanosées.

L'examen des yeux montre que des deux côtés, la réaction pupillaire est normale. Le fond de l'œil révèle une forte hyperémie veineuse, et une déplétion notable des artères ; en-dessous de la papille droite, siège un exsudat large de un diamètre papillaire. $V = \frac{20}{200}$; lit le n° 11 de l'échelle de Nieden. Le champ visuel est rétréci à différents degrés pour les diverses couleurs, et à peu près au même degré pour les deux yeux. — Un traitement avec de la digitale et de la spartéine fit disparaître la cyanose, rendit sa tonicité au muscle cardiaque et améliora la respiration. L'acuité visuelle n'augmenta que lentement, quoique les lésions rétiniennes parussent s'améliorer. Le champ visuel pour le blanc s'élargit, tandis que celui pour le bleu resta toujours très limité. ROHMER.

Ueber Creolin, Iodoformsalbe und Antipyrin in der Augenheilkunde (La créoline, la pommade iodoformée et l'antipyrine dans la thérapeutique oculaire), par MERGL (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août-septembre* 1888).

La créoline agit favorablement (appliquée 2 fois par jour) dans le catarrhe aigu de la conjonctive, mais doit être remplacée au bout de

2 jours par un collyre au sulfate de zinc ou de cuivre. — Mauvais résultats dans la conjonctivite chronique. Le trachome, dans certains cas, céda admirablement (10 jours), dans d'autres cas fut totalement rebelle à l'emploi de la créoline qui agit, au contraire, très bien, contre le pannus qui accompagne souvent les granulations, et aussi contre les ulcérations de la cornée, mais concomitamment avec l'atropine ou l'ésérine.

La pommade à l'iodoforme serait souveraine contre les ulcères à hypopyon ; appliquée sur un morceau de lint, et placée sur les paupières, elle calmerait les douleurs et ferait résorber le pus, en 2 ou 3 jours.

L'antipyrine, employée en massage sur les taies panneuses de la cornée, les éclaircirait d'une façon remarquable. Le massage doit être pratiqué, après cocaïnisation de l'œil. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

La maladie de Tornwaldt et la bourse pharyngée, par Paul RAUGÉ (*Bull. méd.*, 13 *janvier* 1889).

Les recherches anatomiques (17 cadavres) et l'examen rhinoscopique d'un grand nombre de malades ont démontré à Raugé que la bourse pharyngée n'existe pas en tant que cavité distincte, isolée sur la ligne médiane et que l'affection systématiquement localisée par Tornwaldt n'existe pas davantage. On trouve à la voûte du pharynx une couche adénoïde irrégulière, de consistance fongueuse, d'aspect cicatriciel de variétés infinies, alvéoles peu profondes, trajets fistuleux, crêtes saillantes, bourrelets, etc., mais aucune cavité qui puisse se différencier des autres cryptes glandulaires de la région. En raclant la surface glanduleuse qui est friable et peu adhérente, on fait disparaître toutes les anfractuosités et on trouve au-dessous une surface lisse, uniforme chez tous les sujets.

A. CARTAZ.

I. — Di alcune tossi ostinate in rapporto di vizi di conformazione acquisiti e congeniti dell' ugola, par LEONI (*Riforma med.*, *octobre* 1887).

II. — Allungamento del velo pendulo, par GHINOZZI (*Ibidem*, *janvier* 1887).

III. — L' ipermegalia dell' ugola e la tosse ostinata, par F. EGIDI (*Archiv. di laringologia*, *octobre* 1888).

I. — Jeune homme de 20 ans. Toux sèche, continue, remontant à l'enfance, ne pouvant être rattachée à aucune lésion bronchique, ayant résisté à tous les moyens. Leoni trouve une luette bifide, balayant la base de la langue. Uvulotomie ; guérison radicale.

II. — Ghinozzi publie 5 cas de toux rebelle ayant pour cause l'hypermégalie de la luette. Guérison rapide par la section de la luette.

III. — Deux cas semblables sont publiés par Egidi. A. CARTAZ.

Examination of the throat and nose of two thousand children, par Franklin CHAPPELL (*Amer. journ. of med. sc., février* 1889).

Chappell a examiné, avec l'aide du Dr Smith, 2,000 enfants de divers asiles ou écoles de New-York. Voici dans quelles proportions il a trouvé des lésions de la gorge et du nez :

Végétations adénoïdes	60
Hypertrophies amygdaliennes	270
Déviations de la cloison nasale	330
Eperons de la cloison	150
Hypertrophie des cornets inférieurs	260
Hypertrophie des cornets moyens	161

A. CARTAZ.

Asthma, with analysis of 80 cases, par F. H. BOSWORTH (*Amer. journ. of med. sc., septembre* 1888).

Bosworth admet que l'asthme vrai, comme la fièvre de foin, reconnaît comme facteurs étiologiques trois causes : 1° un état général nerveux, névropathique ; 2° une lésion de la muqueuse ; 3° des conditions variées, atmosphériques, provoquant les paroxysmes.

Pour démontrer la réalité du second facteur, voici les résultats de l'examen et du traitement chez 80 malades (46 cas d'asthme, 34 de fièvre de foin).

Asthme :

Rhinite hypertrophique, traitée par les caustiques : guérison, 8; amélioration, 5.

Polypes du nez (ablation au serre-nœud) : guérison, 15; amélioration, 3.

Déviations de la cloison, opérées à la scie : guérison, 3; amélioration, 4; sans amélioration, 1.

Tumeurs adénoïdes : guérison, 2.

Fièvre des foins :

Rhinite hypertrophique (caustiques) : guérison, 7; amélioration, 6; sans amélioration, 1.

Déviations de la cloison (scie) : guérison, 8; amélioration, 6.

Polypes du nez (serre-nœud) : guérison, 2; amélioration, 1.

Polypes et déviation de la cloison : guérison, 1; amélioration, 1.

Uvulotomie : guérison, 1.

Le traitement intra-nasal a donné 18 guérisons, 14 améliorations sur 34 cas de fièvre des foins ; 28 guérisons, 12 améliorations sur 46 cas d'asthme. A. CARTAZ.

Fièvre des foins, pathogénie et traitement, par M. NATIER (*Thèse de Paris*, 1888).

L'auteur range en quatre catégories les diverses théories qui ont été

proposées pour expliquer le mode de développement de la maladie : A, théorie du pollen. — B, théorie arthritique. — C, théorie microbienne. — D, théorie nasale. C'est à la dernière qu'il accorde la plus grande importance, car c'est, d'après lui, la seule qui permette d'expliquer tout ou partie des phénomènes observés, et notamment les bons effets des méthodes de traitement local.

De tous les moyens médicaux, l'emploi de la cocaïne lui paraît être le mieux justifié par ses résultats et son innocuité. Quand ces moyens échouent, on devra recourir au traitement chirurgical et tout particulièrement à la cautérisation galvanique intra-nasale, avec une énergie proportionnée au degré des lésions révélées par l'examen rhinoscopique. Cette méthode, absolument inoffensive, quand on a soin d'observer certaines règles et de s'entourer des précautions soigneusement énumérées par l'auteur, permettra d'obtenir la guérison dans la grande majorité des cas. LUC.

I. — Heilung eines Morbus Basedowii... (Guérison d'une maladie de Basedow à la suite de l'amélioration survenue dans l'état des fosses nasales), par HOPMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 850, 15 *octobre* 1888).

II. — Case of goitre, par George STOCKER (*Med. Soc. of London*, 25 *novembre* 1888).

I. — Femme de 40 ans, atteinte de pharyngite sèche et présentant les symptômes de la maladie de Basedow sans gonflement appréciable du corps thyroïde.

Hopmann traita l'affection pharyngée, suivant son habitude, avec des tampons d'ouate. Il ne tarda pas à découvrir, dans la fosse nasale droite, plusieurs petits polypes muqueux qu'il enleva.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration des symptômes du mal de Basedow fut rapide. Le pouls tomba à 90 ou 100 pulsations, les forces reparurent, les yeux devinrent moins douloureux à la pression, puis les troubles visuels, l'épiphora et l'exophtalmie disparurent.

Dès que la malade se sentit bien, elle cessa la médication nasale. Alors, à deux reprises, on note une réapparition des troubles visuels qui cédèrent immédiatement à l'application des tampons d'ouate. (*R. S. M.*, XXIX, 710.) J. B.

II. — Observation d'un cas de goitre, du volume d'un œuf, traité sans succès par l'iodure et l'acide fluorhydrique à l'intérieur. Le malade est pris de rhinite ; à l'examen on trouve du gonflement des cornets. Cautérisations au galvanocautère. Sous l'influence de ces cautérisations, l'hypertrophie thyroïdienne diminue et disparaît. A. C.

I. — The local treatment of empyema of the maxillary sinus, par Ad. BRONNER (*Lancet*, 25 *août* 1888).

II. — Contribution à l'étude et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par BAYER (*Rev. mens. de laryng.*, 1er *janvier* 1888).

I. — De l'analyse de quatre cas, l'auteur conclut :

1° Que la forme chronique de ces abcès est plus commune qu'on ne le croit ;

2° Que, dans beaucoup de cas cependant, il n'y a pas de symptômes bien typiques ;

3° Que ces symptômes sont ceux de la rhinite chronique, à rechutes, d'un seul côté;

4° Qu'ils peuvent donner lieu aux symptômes de l'ozène;

5° Qu'il y a souvent des lésions de la muqueuse nasale plutôt que des lésions dentaires;

6° Enfin qu'il est plus simple et plus facile de donner issue au pus par l'intérieur du nez que par les alvéoles des dents. LUBET-BARBON.

II. — Dans cette note, Bayer signale la coexistence fréquente des polypes muqueux et de l'empyème du sinus, ceux-ci amenant la rétention des produits de sécrétion, leur putréfaction et les signes de l'empyème. L'odeur dans cette affection est, d'après l'auteur, spécifique, différant de celle de l'ozène, et rappelant celle des produits de décomposition des matières albuminoïdes, méthylpropylamine. Pour diagnostiquer cette maladie, Bayer conseille un moyen très simple : dilater l'ouverture nasale du sinus et faire coucher le malade la tête pendante en bas. Avec des lavages pratiqués par cet orifice et dans la position indiquée, il n'est pas besoin, le plus souvent, de recourir à la perforation de l'alvéole.

A. CARTAZ.

Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems (Contribution à l'histoire de l'empyème du sinus frontal), par W. SCHUTTER (*Monats. f. Ohrenheilk.*, *p.* 269, *octobre* 1888).

Après une courte revue des faits peu nombreux publiés jusqu'ici d'un empyème du sinus frontal, l'auteur rapporte l'observation de deux malades sur lesquels il parvint à pratiquer le catéthérisme de ce sinus et où il obtint la guérison en adaptant à la sonde un ballon aspirateur qui permit d'évacuer complètement le pus. Cette méthode serait préférable à la douche de Politzer recommandée en pareil cas par Hartmann, en ce qu'elle n'exposerait pas, comme cette dernière, à projeter du liquide septique dans l'oreille moyenne LUC.

Die Bakterien bei der acuten und chronischen Coryza... (Rôle des bactéries dans les coryzas aigu et chronique et dans l'ozène), par M. HAJEK (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 33, *p.* 659, 13 *août* 1888).

A l'état normal, le mucus sécrété dans les fosses nasales est pauvre en éléments cellulaires et ne renferme qu'un petit nombre de micro-organismes. Sur les préparations sèches, coloriées, on ne distingue que des bâtonnets et des microcoques de dimensions variées. Les cultures sur gélatine ne donnent que de rares colonies. Tantôt il s'agit de sarcines orangées ou jaunes, tantôt d'un diplocoque qu'on rencontre fréquemment dans l'air, tantôt d'un bacille qui liquéfie la gélatine et la colore en vert, tantôt de la coexistence de plusieurs de ces espèces. En somme, dans l'immense majorité des cas, il est facile de reconnaître qu'il s'agit d'organismes atmosphériques constants.

Au contraire, dans tous les états morbides de la muqueuse nasale, les sécrétions renferment un nombre de micro-organismes d'autant plus considérable qu'elles ont un caractère purulent plus marqué et qu'elles ont davantage séjourné dans les fosses nasales; aussi les croûtes sèches

et très adhérentes des processus ulcéreux contiennent-elles toujours une masse énorme d'organismes inférieurs.

Le *coryza aigu*, à son premier stade d'hyperémie, ne renferme qu'une espèce de micro-organismes ; si elle n'est pas seule, elle est au moins prédominante. C'est un diplocoque d'assez grandes dimensions, arrondi à ses extrémités, mais aplati sur ses surfaces de contact, qui présente parfois une aréole claire (capsule ?). Sur les plaques de gélatine, à la température de la pièce, il donne déjà des colonies blanches, vitreuses, légèrement saillantes. Cultivé en piqûres, il ressemble d'abord au bacille pneumonique de Friedlaender, mais au bout de peu de jours il s'en distingue par l'aplatissement de la surface. Sur l'agar-agar, le diplocoque du coryza forme à la surface un revêtement diffus ; il croît aussi bien à l'air que privé d'air. Ce micro-organisme paraît avoir été déjà vu par Klebs qui lui accorde un rôle étiologique dans le coryza, bien qu'il n'ait pas mieux réussi que Hajek à l'inoculer.

Dès que le coryza a duré douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures, le mucus, un peu moins fluide, renferme, à côté du diplocoque, de courts bacilles dont le développement plus rapide étouffe, dans les cultures, le diplocoque.

Quand le mucus est devenu épais et purulent, on peut facilement obtenir la culture de quatre ou cinq micro-organismes différents.

Dans quatre cas de coryza aigu, Hajek a rencontré du troisième au cinquième jour le bacille pneumonique de Friedlaender, bien reconnaissable à sa culture claviforme sur la gélatine peptonisée, etc., ainsi qu'à son inoculation négative chez les lapins et positive chez les souris. Thost (*Deutsche med. Wochens.*, n° 18, 1886) en a d'ailleurs aussi signalé la présence.

Avec la diminution des phénomènes inflammatoires, on note aussi la diminution du nombre des micro-organismes, la disparition du bacille de Friedlaender et du diplocoque.

Dans le *coryza chronique*, les micro-organismes rencontrés jusqu'ici n'ont évidemment pas d'importance pathogénique ; Hajek y a noté une fois le staphylocoque pyogène doré et on y a signalé le streptocoque de l'érysipèle.

Dans l'*ozène* simple, les organismes inférieurs pullulent ; on en peut distinguer au moins quatre ou cinq espèces, et ce sont tantôt les bacilles, tantôt les coques qui dominent. Sur dix cas d'ozène simple, Hajek a constaté sept fois la présence du bacille pneumonique de Friedlaender déjà reconnu par Thost ; mais il est impossible de lui faire jouer un rôle pathogénique dans l'ozène ; car non seulement on le rencontre dans des affections nasales où il n'y a pas atrophie de la muqueuse, mais il manque au sein du tissu atrophié de la muqueuse et ne peut être inoculé sur la muqueuse nasale du lapin. Hajek a trouvé une fois le staphylocoque pyogène doré et une fois le streptocoque pyogène ; il a également, à plusieurs reprises, aperçu le bacille qui liquéfie la gélatine en la verdissant et qui est vraisemblablement le même que celui décrit par Strauch (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1887) dans le pharynx nasal sain, et le même que celui qui habite les eaux.

Sur les dix cas d'ozène, Hajek a trouvé sept fois un autre micro-organisme qui lui paraît jouer un rôle dans la production de l'odeur

fétide spéciale à cette affection. C'est un bacille à peine plus long que large, disposé par paires ou par chaînettes; il est animé de mouvements propres, croît à l'air et à l'abri de l'air, se colore bien dans le bleu de méthylène alcalinisé et est presque entièrement décoloré par la méthode de Graham. Tout en liquéfiant la gélatine, il dégage une odeur de putréfaction repoussante, qu'une haute température exagère beaucoup. Sur le sérum sanguin, l'odeur est encore plus pénétrante, tandis qu'elle est seulement douceâtre sur la pomme de terre et nulle sur le lait.

Le *bacille fétide* de l'ozène est nettement pathogène. Il tue en cinq jours les souris. Chez les lapins inoculés sous la peau avec 0,2 ou 0,6, etc., d'une culture de gélatine liquéfiée, il se produit une inflammation gangreneuse des plus intenses, bien plus grave que celle déterminée par les micro-organismes pyogènes. Ce sphacèle a une tendance envahissante; les cicatrices qui succèdent aux ulcères sont très rétractiles. L'injection intra-pleurale de quelques dixièmes de centimètre cube d'une même culture provoque chez le lapin une pleuro-pneumonie suppurée toujours mortelle. Mais le bacille ne se retrouve jamais dans les vaisseaux sanguins. Le bacille fétide de Hajek paraît devoir être identifié avec le deuxième des trois décrits dans l'ozène par Klamann (*Allg. med. Centralzeitung*, n° 76, 1887). J. B.

Étude critique sur le coryza caséeux, par POTIQUET (*Gazette des hôpitaux*, 2 *février* 1889).

Potiquet, après avoir discuté la valeur des observations publiées sous ce nom, conclut que le coryza caséeux n'est pas une espèce morbide définie. On a appliqué ce terme à des cas de kystes butyreux de la mâchoire ouverts dans le nez, à des amas de cellules épithéliales autour de corps étrangers ou même à des gommes syphilitiques. La présence de matières caséeuses, dans le nez, constitue un symptôme, non une maladie. A. C.

I. — Les bacilles du rhinosclérome, par MELLE (*Resoc. della R. Accad. di med. Napoli*, 1888).

II. — Du rhinosclérome, par PARLOFF et STEPANOFF (*Med. Obozrenié*, n° 20, 1888, *et Bull. méd.*, 16 *décembre* 1888).

I. — Contenus dans les cellules hyalines décrites par Cornil, les bacilles du rhinosclérome sont bien mis en évidence par la méthode préconisée par l'auteur, méthode très voisine de celle d'Ehrlich pour les bacilles de la tuberculose. Frappé de la résistance des bacilles aux acides, l'auteur se demande si les bacilles du rhinosclérome ne sont pas identiques à ceux de la tuberculose. Il n'a pu observer la capsule décrite par Cornil et Alvarez, et figurée aussi par Mibelli dans un récent travail paru dans le *Giornale ital. d. mal. vener.*, fasc. II, 1888. F. BALZER.

II. — Stepanoff a réussi à inoculer le rhinosclérome en introduisant des fragments de la tumeur ou des produits de culture dans la chambre antérieure de l'œil des cobayes. Après deux mois, développement d'une masse blanc jaunâtre dont la culture reproduisait le bacille caractéristique.

Parloff publie une observation de rhinosclérome du nez et du palais, avec plaque similaire au bras ; la culture de cette plaque donnait naissance au bacille spécial. Il s'agissait donc d'une inoculation du rhinosclérome au bras. A. CARTAZ.

Quatre cas de fibrome tubéreux du nez, dont trois traités par la décortication, par LE DENTU (*Bull. de la Soc. de chirurgie, XIV, p.* 786).

Le Dentu propose le nom de fibrome tubéreux du nez pour remplacer ceux de : acmé hypertrophique, hypertrophie éléphantiasique, rhinophyma, qui ne correspondent pas aux lésions anatomiques. La décortication au bistouri donne de très bons résultats. Le Dentu l'a employée dans 3 cas ; dans un autre cas, il avait enlevé avec le serre-nœud la tumeur pendante. Th. Anger, Kirmisson, Terrillon, Marc Sée, Lucas-Championnière citent plusieurs cas de cette affection opérés par la décortication au bistouri ou avec le thermo-cautère. C. WALTHER.

Dermoïde der Nase (4 cas de kyste dermoïde du nez), par BRAMANN (*Berlin. klin. Woch., n°* 52, *p.* 1052, 24 *décembre* 1888).

1er *cas.*—Enfant de 4 mois, présentant à la partie inférieure du nez osseux et supérieure du nez cartilagineux, exactement sur la ligne médiane, une saillie manifestement fluctuante, recouverte par une peau rouge et enflammée ; quelques jours après, cette tumeur, ouverte spontanément sur la ligne médiane, offrait le contenu caractéristique des kystes dermoïdes. Actuellement, il existe encore une petite proéminence percée d'un petit orifice, et la moindre pression donne issue à un bouchon contenant des poils follets.

Il y a donc là une fistule qui peut devenir permanente, ainsi que le montre le cas suivant :

2e *cas.* — Homme ayant depuis sa plus tendre enfance une petite tumeur sur le nez ; cette tumeur a fini par s'ulcérer en évacuant un contenu puriforme. Depuis lors, l'ouverture est restée fistuleuse, et en pressant sur la partie supérieure de son nez, le malade en fait sortir des poils de duvet et une bouillie blanchâtre.

3e *cas.*—Chez ce jeune garçon, il y a toujours existé sur le dos du nez une petite tumeur qui a grossi graduellement sans jamais s'enflammer. Actuellement, comme les téguments ne sont pas rougis, et que le gonflement, quoique considérable, ne tranche pas sur le reste du nez, on pourrait, au premier coup d'œil, croire à une simple déformation, mais la palpation fait immédiatement reconnaître une tumeur fluctuante. Bramann extirpe le sac ; le kyste siégeait en haut, entre le nez osseux et le nez cartilagineux, qu'il écartait l'un de l'autre ; on pouvait enfoncer un stylet jusqu'à la racine du nez. Quatorze semaines après cette opération, il existait encore un petit orifice prouvant qu'on avait laissé des vestiges du kyste.

4e *cas.* — Homme ayant, dès l'enfance, au côté gauche du dos du nez une tumeur qui s'ouvrit au voisinage de la pointe en donnant issue de temps en temps à un contenu pultacé. Dans l'été de 1887, sans cause appréciable, la tumeur s'enflamma et grossit en envahissant le côté droit. L'ancienne ouverture de la pointe est représentée par un petit enfoncement, placé exactement sur la ligne médiane, et qui, par un trajet sous-cutané, aboutit au sac kystique extirpé par Bramann. Les alternatives d'augmentation de la tumeur correspondaient à l'oblitération de la fistule. J. B.

I. — Osteoma of the nasal and its accessory cavities, par Christian FENGER (*Journ. of amer. med .Assoc., p.* 185, 11 *août* 1888).

II. — Sur un cas d'ostéome des fosses nasales, par MONTAZ (*Gaz. des hôpitaux,* 6 *décembre* 1888).

I. — M. M., 24 ans, est frappé avec un bâton, à l'angle interne de l'œil droit, en 1878. Une tumeur parut au lieu frappé et durant un an se développa lentement, puis resta stationnaire durant huit ans ; l'œil était repoussé en dehors. Depuis 5 ans, écoulement purulent par la narine droite.

En avril 1887, on constate : une saillie proéminente dans la région orbitaire interne, sans déformation du sinus frontal. L'œil repousssé en bas et en dehors, a conservé son acuité visuelle. La tumeur fait également saillie dans la narine.

Pour enlever cette tumeur on dut réséquer les portions nasale et frontale du maxillaire supérieur, le nasal droit et la portion nasale du frontal. Il s'agit d'un ostéome formé d'une partie vivante et d'une partie nécrosée. La première, pèse 60 grammes, mesure 2 pouces 1/2 de long et 1 1/2 de diamètre, et envoie des prolongements dans l'orbite où elle forme une masse carrée, presque partout recouverte de périoste, pénétrant par le bord antéro-interne de l'orbite ; dans l'antre d'Highmore dont la paroi nasale a disparu ; dans la fosse nasale, où elle est recouverte par la muqueuse sur laquelle se sont développés 3 polypes muqueux. L'un deux contient un noyau osseux, gros comme un pois. — Sur le milieu de la face interne de la portion nasale se trouve l'ethmoïde

La partie nécrosée de l'ostéome de 1 pouce 1/2 de long et de 1 pouce de large, a pour siège la narine, et s'articule avec la portion nasale de la partie vivante : il n'existe point de membrane la recouvrant et son odeur est fétide.

MAUBRAC.

II. — Homme de 52 ans, d'une santé vigoureuse. Tumeur du volume d'une noix, dure, indolente, siégeant à la racine du nez, à gauche, en avant du sac lacrymal, évoluant lentement depuis deux ans. Obstruction graduelle de la narine correspondante. On trouve en effet cette narine obstruée par une tumeur qui repousse la cloison à droite. Rien au pharynx.

Ablation après anesthésie. La tumeur est mobile et est facilement extirpée, laissant un orifice arrondi par lequel on pénètre dans la fosse nasale. Suture, guérison rapide.

La tumeur a la forme d'un sablier, les deux tubérosités faisant saillie l'une dans le nez, l'autre à l'extérieur. Il s'agit d'un ostéome éburné, véritable (structure du tissu osseux normal), compact à la périphérie, un peu de tissu spongieux au centre. A. CARTAZ.

Sur l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales, par OLLIER (*Lyon méd., p.* 523, 9 *décembre* 1888).

A propos d'un cas de sarcome fasciculé, dur, qu'il a extrait du nez, Ollier recommande le procédé d'ostéotomie verticale, bilatérale, qui donne un jour large et toute facilité d'extirpation. Il critique, avec raison, l'ablation par fragments, en séances multiples, à l'anse ou tout autre instrument; l'opération est souvent incomplète et expose à des récidives. L'ostéotomie donne plus de jour que l'ablation du maxillaire supérieur.

A. C.

Ueber einen Fall von Nasenbildung (Nouveau procédé de rhinoplastie), par KEMPERDICK (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 877, 22 *octobre* 1888).

Kemperdick présente un malade auquel un épithéliome avait détruit le nez, rongé le bord de la lèvre et fait tomber les incisives ainsi que la portion de mâchoire qui les supporte. Pour lui restaurer le nez, Kemperdick s'est servi de la lèvre supérieure très boursouflée et indurée. Il a fait, dans la même séance, une rhinoplastie et une chéiloplastie, en procédant de la façon suivante :

De la vaste excavation nasale, il a fait partir 2 incisions perpendiculaires en bas et taillé à leur côté deux lambeaux semi-lunaires de 1 centimètre 1|2 de largeur. En pratiquant, de leurs angles supérieurs, deux autres incisions se dirigeant horizontalement vers les joues, il a obtenu les lambeaux destinés aux lèvres, qu'il a unis ensuite sur la ligne médiane ; des 3 premiers lambeaux, formés aux dépens de la lèvre supérieur, le central lui a servi à refaire le septum et les deux latéraux, les ailes du nez.

Une fois la cicatrisation parfaite, il a emprunté, au niveau de la racine du nez, un lambeau qu'il a rabattu en bas et suturé aux précédents, de façon à reconstituer le dos et la pointe du nez.

Le résultat est excellent, ainsi qu'on peut s'en assurer sur l'opéré.

J. B.

Le spasme glottique d'origine nasale, par A. RUAULT (*Arch. de laryngologie*, 15 *novembre* 1888).

Certaines lésions de la muqueuse des fosses nasales, telles que les polypes muqueux et la rhinite hypertrophique, peuvent provoquer, par voie réflexe, des accès répétés de spasmes de la glotte, qui, dans certains cas, se sont montrés assez graves pour nécessiter la trachéotomie.

Ces accès de dyspnée laryngo-spastique peuvent se renouveler pendant très longtemps, quelquefois vingt ans et plus, ne céder à aucune médication et guérir en très peu de temps par le traitement de l'affection intranasale dont ils dépendent.

Les femmes, et particulièrement les hystériques, paraissent prédisposées à cette affection. Mais celle-ci peut se montrer également chez des individus des deux sexes ne présentant pas et n'ayant jamais présenté de symptômes d'hystérie. Le spasme glottique d'origine nasale peut atteindre les enfants aussi bien que les adultes.

En même temps que le spasme glottique, on peut observer le spasme bronchique généralisé ; et quelquefois, en dehors des accès, on voit persister pendant longtemps un état spasmodique plus ou moins accentué de tout l'arbre respiratoire.

Les troubles de la voix dus à des spasmes phoniques du larynx sont également une complication fréquente de la maladie en dehors des accès.

Le diagnostic se fait d'abord par exclusion des autres causes connues de spasme glottique, puis par l'anamnèse et l'examen rhinoscopique

complété à l'aide du toucher par la sonde et de l'épreuve de la cocaïne. L'auteur publie 17 observations dont 8 personnelles où les accès ont pu être complètement supprimés par le traitement de la lésion nasale.

A. CARTAZ.

Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Larynxmuskeln, par JELENFFY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 680 *n°* 35, *p.* 708, *et n°* 36, *p.* 728; 20, 27 *août et* 3 *septembre* 1888).

La situation en permanence des cordes vocales sur la ligne médiane tient-elle, comme le veulent Rosenbach et Semon, à une paralysie des dilatateurs de la glotte ou au contraire, comme l'assure Krause, à la contracture des constricteurs, suivie d'une paralysie des dilatateurs résultant de leur atrophie par défaut de fonctionnement?

Il y a 16 ans déjà que Jelenffy (*Wiener med. Wochens.*, 1872) croit avoir résolu le problème. Pour lui, lorsque les cordes vocales restent en permanence sur la ligne médiane, l'inspiration étant sifflante et la voix normale, il ne peut s'agir que d'un spasme, d'une contracture de tous les muscles laryngiens, y compris les crico-aryténoïdiens postérieurs.

Encore aujourd'hui, il persiste dans cette manière de voir. La fixation, le redressement des cartilages aryténoïdes, nécessaire à la phonation, est l'œuvre du crico-aryténoïdien postérieur qui est l'antagoniste, non pas du crico-aryténoïdien latéral, mais plutôt du crico-thyroïdien.

C'est spécialement le faisceau interne du crico-aryténoïdien postérieur qui joue un rôle dans la phonation, en qualité de constricteur de la glotte et de tenseur des cordes vocales. L'atrophie de ce muscle, constatée dans diverses autopsies, résulte de son surmenage (par spasme chronique) et la dégénération des fibres du récurrent qui l'innervent doit être considérée comme secondaire.

La paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs a pour effet de rendre la voix faible, profonde et monotone, c'est-à-dire de lui enlever sa force et ses inflexions normales ainsi que les sons élevés. J. B.

Laryngitis hyperplastica, par HEYMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 571, 9 *juillet* 1888).

Ce qui frappe à l'examen du larynx de cette femme, c'est un épaississement considérable et général, mais plus accentué au niveau de l'angle antérieur de la glotte où les cordes vocales semblent comme soudées. Mais en regardant de plus près, on reconnaît que l'hyperplasie siège dans le tissu sous-muqueux. Les cordes vocales sont irrégulièrement épaissies, de sorte qu'elles ferment mal la glotte. Par-ci par-là, on aperçoit des mucosités concrétées adhérentes, gris verdâtre, non fétides. Le pharynx nasal, un peu atrophique, contient des croûtes semblables, de même que les fosses nasales, dont la muqueuse est aussi amincie et atrophiée. Pas d'antécédents syphilitiques.

Il s'agit ici de cette hyperplasie de l'angle antérieur des cordes vocales que Stoerk décrit comme caractéristique de sa « blennorrée ». Toutefois, la malade de Heymann ne répand pas la mauvaise odeur signalée par Stoerk. Depuis un grand nombre d'années, elle a un coryza chronique auquel se sont jointes successivement l'affection du pharynx et, plus tard, celle du larynx.

Ce qui incommode le plus cette femme, c'est un enrouement qu'elle a depuis un an. Jusqu'ici tous les traitements ont échoué contre cette affection ; il en a été de même chez la malade d'Heymann où la maladie augmente de jour en jour. J. B.

Della laringite emorragica, par Natale LAPLACA (*Arch. di laringol., octobre* 1888).

Aux 17 cas déjà connus, Laplaca ajoute 2 observations nouvelles recueillies dans le service de Massei et retrace, d'après ces faits, l'histoire de cette affection. Il faut restreindre ce terme de laryngite hémorragique aux cas de catarrhe accompagnés d'hémorragie, sans lésion ulcéreuse de la muqueuse, ce qui exclut toute origine traumatique et tout processus chronique.

La cause de ces hémorragies est une altération des vaisseaux avec exagération de pression dans la circulation. Le siège presque constant est sur les cordes vocales, sous la muqueuse qui se déchire et donne lieu à l'extravasation sanguine. Suivent les détails sur les symptômes, le diagnostic et le traitement (applications froides sur le cou, astringents *in loco dolente*). A. CARTAZ.

Considerazioni sui tumori sanguigni laryngei, par Gherardo FERRERI (*Lo Sperimentale, décembre* 1888).

Dans ce travail, Ferreri rapporte l'observation rare d'une hémorragie mortelle causée par un angiome du larynx.

Homme de 50 ans, venu consulter pour de l'enrouement et de la gêne respiratoire. L'examen fit voir une tumeur de coloration rosée, implantée dans la corde vocale gauche, tumeur molle, n'ayant aucun caractère de malignité. Ferreri enlève avec les pinces un fragment pour l'examen histologique et constate que cette pression a amené une notable réduction de la tumeur. Quelques heures plus tard, hémorragie grave, venant du niveau de la tumeur ; une grande quantité de sang a dû tomber dans la trachée ; le malade respire difficilement. Hémostase au perchlorure de fer. Le lendemain, trachéotomie. Une demi-heure après l'opération, hémorragie violente ; le sang est rejeté par la bouche et la canule. Agrandissement de l'incision, pour fendre le cricoïde et tamponner le larynx. Mort quarante-huit heures plus tard de pneumonie infectieuse. A l'autopsie, tumeur du volume d'une petite mûre à l'extrémité postérieure et sous la corde gauche ; à l'examen, myxofibrome télangiectasique. A. CARTAZ.

Clinical notes on fatty tumours of the larynx (Lipomes du larynx), par M'BRIDE (*Edinburgh med. journ., février* 1889).

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de cette variété, fort rare, de tumeur du larynx. On ne connaît que 3 cas, ceux de Wagner, Bruns et Schrœtter ; encore Wolfenden les classe-t-il comme extra-laryngés.

1° Dans le premier cas, la tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, avait son point d'implantation sur l'épiglotte et fut enlevée avec le serre-nœud et l'anse caustique. Il y eut une récidive un an après l'opération et l'on dut pratiquer une nouvelle énucléation. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-lipome.

Dans le deuxième cas, le malade, âgé de 71 ans, ne se plaignait que depuis cinq à six mois d'enrouement, de gêne de la respiration lorsqu'il se couchait

sur le côté gauche. Tumeur d'un rose pâle sur le cartilage aryténoïde gauche, du volume d'un œuf de poule. Ablation à l'anse caustique. La tumeur, lipome bien encapsulé, était implantée dans le sinus pyriforme droit.

A. CARTAZ.

Missbildung des Kehlkopfs (Bifidité de l'épiglotte), par SCHREIBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 694, 20 *août* 1888).

Homme de 48 ans. L'entrée du larynx est recouverte non par une épiglotte normale, mais par deux tumeurs sphériques, grosses comme des noisettes, qui se touchent partiellement par leur face interne mais sans adhérer l'une à l'autre.

La muqueuse de revêtement est injectée, les surfaces en contact sont d'un blanc tendineux. Les deux tumeurs ont une consistance réunitente. Nulle part, on ne voit d'ulcérations. Arrivées à la base de la langue, les tumeurs s'étalent et se réunissent en dedans sur un raphé étroit.

Il est vraisemblable qu'à une fissure, peut-être congénitale, de l'épiglotte est venue s'adjoindre une affection soit cancéreuse soit syphilitique. En tout cas, on ne connaît d'autres cas de division si étendue de l'épiglotte que celui observé par Mackenzie sur un enfant offrant une gueule-de-loup. J. B.

Phtisie laryngée, par GOUGUENHEIM et Paul TISSIER (*In-8°*, *Paris*, 1868).

Depuis 1837, époque à laquelle parut le mémoire de Trousseau et Belloc sur la phtisie laryngée, c'est-à-dire plus de cinquante ans, aucune monographie complète n'avait été publiée, au moins en France, sur le même sujet.

Bien des recherches partielles cependant avaient été entreprises sur cette question, notamment pour ce qui a trait à l'étude de l'anatomie pathologique et des méthodes de traitement, qui demandaient d'être rappelées et résumées dans un large travail d'ensemble.

C'est cette lacune que les deux auteurs de ce livre nouveau se sont proposés de combler.

Nous tenons à appeler tout particulièrement l'attention du lecteur sur les pages consacrées à la description macroscopique et histologique des lésions, où les recherches récentes publiées en France et à l'étranger figurent au complet.

Notons encore spécialement l'étude des lésions ganglionnaires et des lésions consécutives des récurrents, dont Gouguenheim avait déjà fait l'objet de publications antérieures ; un chapitre consacré à l'étude d'une forme non encore décrite, débutant par de véritables papillomes intralaryngés et dans laquelle la présence du bacille de Koch, dans l'expectoration, constitue pendant des mois, et même des années, le seul indice de la nature tuberculeuse des lésions ; signalons aussi quelques pages où la question des troubles névro-musculaires du larynx se trouve incidemment traitée d'une façon très complète; et enfin, le dernier chapitre, celui du traitement où les auteurs ont su faire un choix judicieux entre les trop nombreux agents médicamenteux proposés et donner aux méthodes chirurgicales nouvelles la place qu'elles méritaient. LUC.

I. — Tuberkeltumor im Larynx, par Max SCHAEFFER (*Deutsche med. Woch.*, 14 *avril* 1887).

II. — Di una forma insolita di tuberculosi laringea, par A. BONOME (*Giorn. Accad. di med. di Torino, février-mars* 1888).

III. — Primäre tuberculöse Neubildung des Larynx (Production tuberculeuse primitive du larynx), par DEHIO (*Petersb. med. Wochenschr.*, *n°* 16, *et Cent. f. d. med. W.*, *p.* 661, 1888).

IV. — Tuberculöse Larynxtumoren. Laryngotomie, par Artur HENNIG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 564, 9 *juillet* 1888).

V. — Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx, par A. CARTAZ (*France méd.*, 12 *mars* 1889).

I. — Homme de 33 ans, enroué depuis quelques mois. Sur la partie postérieure de la corde vocale gauche, on trouve une tumeur s'étendant dans l'espace interaryténoïdien, lisse, gris rougeâtre, du volume d'un haricot, à surface inégale, bosselée, sans traces d'ulcération. Ablation au serre-nœud. L'examen de la tumeur, par Dietrich Nasse, montre qu'il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse (stroma fibreux avec cellules géantes et nombreux bacilles).

Quelque temps après l'opération, on constate des signes d'infiltration pulmonaire. Mort de phtisie six mois plus tard.

II. — Sur le cadavre d'un phtisique, on trouva dans le fond du ventricule de Morgagni, du côté gauche, une tumeur prismatique faisant saillie dans l'espace glottique. Cette tumeur était de nature tuberculeuse (cellules géantes, bacilles). A. C.

III. — Petite tumeur de la corde vocale supérieure gauche, chez un homme de 41 ans qui n'avait rien dans les poumons. Tumeur largement implantée, atteignant jusqu'à la ligne médiane de la glotte et couvrant presque toute la corde vocale vraie. Surface de cette végétation inégale, avec de petites saillies du volume d'une tête d'épingle. Coloration verdâtre claire; pas d'ulcération.

Les autres parties de la muqueuse, en dehors de ce point, rouges et tuméfiées. Corde vocale supérieure droite épaissie.

Laryngotomie par Wahl; tumeur extirpée. Elle renfermait des follicules tuberculeux juxtaposés.

Phénomènes de tuberculose se développant après l'opération. A. M.

IV. — Buveur âgé de 52 ans, sans tare héréditaire; depuis douze ans, il a un enrouement qui s'est accru lentement. Quintes de toux avec dyspnée, suivies d'expectoration d'abondantes mucosités. Au sommet du poumon droit, submatité, expiration prolongée et nombreux râles humides.

Immédiatement au-dessus de la corde gauche se voyait une tumeur sphérique lisse et brillante recouverte par la muqueuse qui était normale. Cette tumeur implantée sur une base très large avait les dimensions d'une noisette.

La corde vocale droite demeurait visible pendant la respiration comme pendant la phonation. Immédiatement au-dessus et en dehors d'elle, au niveau de son tiers antérieur, on apercevait une tumeur également globuleuse, à base large, à surface lisse, recouverte d'une muqueuse intacte, mais cette deuxième tumeur n'avait que les dimensions d'un pois.

Enfin, implantée sur le cartilage aryténoïde droit, se trouvait une troisième tumeur de la grosseur d'une lentille, à base large; cette tumeur, de forme

irrégulière et anfractueuse à sa surface, ressemblait beaucoup à un amas de végétations. Toutes les trois tumeurs avaient une consistance résistante, élastique.

Hennig ne put faire un diagnostic précis. Tout en repoussant l'idée de tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, lépreuses, lupiques, etc., il resta hésitant entre les fibromes, les lipomes, les adénomes, les kystes colloïdes et les angiomes. Toutefois, le malade ayant été infecté vingt ans auparavant, on essaya encore, sans plus de succès, une cure antisyphilitique.

Opération le 4 janvier 1888 précédée de la trachéotomie et de l'introduction de la canule-tampon de Trendelenburg. La laryngotomie ne présente d'autres incidents que la difficulté de sectionner les lames ossifiées du cartilage thyroïde, les cordes vocales ne furent pas lésées. Le thermocautère fut successivement appliqué d'abord sur la tumeur multilobée placée sur la corde vocale gauche, puis sur celles de la corde droite. Le larynx fut alors refermé et la canule de Trendelenburg remplacée par une canule de Luer. Anesthésie, opération et pansement n'avaient pas duré plus de 40 minutes.

L'examen microscopique des tumeurs pratiqué par Baumgarten révéla la présence de nombreux tubercules à cellules géantes devenus caséeux au centre; ces tubercules se trouvaient dans l'épaisseur de la muqueuse dont le tissu était partiellement transformé en tissu de granulations tandis qu'ailleurs il n'était pas essentiellement altéré. L'épithélium pavimenteux était conservé en majeure partie; sur quelques points il envoyait de petits prolongements coniques dans le tissu de granulations.

Tout d'abord, la guérison fit des progrès très rapides; le troisième jour on enlevait les sutures cutanées; dès le sixième, l'opéré ne portait plus de canule. L'appétit et l'état général se relevaient, les quintes de toux avaient cessé. Mais au bout d'une quinzaine, la toux reparut d'abord rare, puis de plus en plus fréquente et quinteuse; elle était accompagnée d'une expectoration profuse de mucosités très visqueuses. Malgré des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent, la plaie trachéale ne se cicatrisait pas. Au côté gauche du cou se forme un phlegmon qui nécessite une contre-ouverture et un drainage. Brusquement et sans cause appréciable, survint une fièvre considérable, le malade perdit la connaissance et succomba quarante-huit heures plus tard, le trente-septième jour après la laryngotomie.

Son autopsie montra une tuberculose chronique assez étendue des deux poumons avec petit cancer au sommet droit. Le foie était cirrhotique. Une cavité purulente s'étendait de la plaie, par-dessus la couche superficielle des muscles cervicaux, jusqu'à la base du cou. La corde vocale supérieure gauche était complètement détruite par une ulcération à fond grisâtre et sale sans tubercules visibles. En revanche on voyait des granulations miliaires sur les portions attenantes de la muqueuse jusqu'à l'épiglotte. Le cartilage aryténoïde droit présentait une cicatrice superficielle, de forme irrégulière, ayant à peu près la grandeur d'une lentille. Au-dessus de la corde vocale supérieure droite, était un ulcère caséeux; enfin une ulcération analogue, mais beaucoup plus considérable, était placée immédiatement au-dessus de la bifurcation trachéale.

V. — Après avoir rappelé les observations antérieures, Cartaz publie trois cas de tumeurs tuberculeuses. Les tumeurs, tout à fait primitives, car le larynx ne présentait aucune autre lésion, siégeaient dans deux cas, au tiers postérieur de la corde vocale; dans un troisième, au niveau de l'insertion de la corde sur le cartilage aryténoïde. D'une couleur gris rosé, du volume d'un pois et d'une noisette, elles n'avaient déterminé aucun signe autre que l'enrouement et une légère dyspnée. Au microscope, on constata qu'il s'agissait de tumeurs franchement tuberculeuses,

tissu embryonnaire avec cellules géantes et bacilles au sein de la tumeur. La tuberculose laryngée et pulmonaire s'accentua peu après et les malades sont morts avec tous les symptômes de la phtisie classique.

J. B.

Extraction de deux canules à trachéotomie de la trachée, par RAZUMOWSKY (*Dnevnik Kazansk. Obst. Vratcher*, 27 *décembre* 1887, *et Journ. of laryng.*, *février* 1889).

Femme de 55 ans, entrée en juillet 1887 à l'hôpital Alexandre pour des troubles graves de la respiration, produits par des corps étrangers. Elle a été trachéotomisée en 1882 pour un rétrécissement cicatriciel du larynx, et portait, depuis cette époque, une canule en argent. En mai 1884, la canule se brise au niveau du pavillon et tombe dans la trachée. La malade remet une autre canule, mais souffre, de ce jour, de violentes attaques de suffocation, de toux avec expectoration sanglante, douleur derrière le sternum et insomnie complète.

En mai 1887, même accident; la nouvelle canule se brise et tombe dans la trachée. Les douleurs et troubles respiratoires augmentant, elle arrive trois mois après ce dernier accident. Une sonde passée dans la trachée fait sentir le corps étranger, et Razumowsky put, avec une longue pince pharyngée, retirer une canule, non sans déchirer un peu la trachée. Après des efforts multipliés, l'autre tube, qu'on avait senti dans la bronche droite, à 15 centimètres de la plaie trachéale, se cassa au moment de l'extraction; il fut cependant retiré par fragments, les petits étant rejetés par les quintes de toux, les autres enlevés avec la pince. Aussitôt après cette opération, faite en trois séances à quelques jours d'intervalle, soulagement complet et rétablissement de la santé générale.

Les canules étaient en argent d'un titre faible, la plus ancienne était absolument noire; l'autre était couverte de mucosités.

L'auteur rappelle les cas de ce genre et signale les suivants observés en Russie.

1° Masing (*St Petersb. med. Woch.*, 1870). Fragment de canule d'argent trouvé dans la bronche droite d'une femme morte de pneumonie.

2° Bogdanovsky (*Ejénedelnaia klin. Gazeta*, n° 1, 1881). Voyez *R. S. M.*, XX, 710.

3° Radulovitch (*Vratch*, n° 26, 1881). Trachéotomie pour rétrécissement laryngé syphilitique en 1870. En dix ans, la canule est changée quatre fois et est toujours fort altérée. En 1880, elle se casse, tombe dans la trachée; extraction en élargissant la plaie de la trachée; une demi-heure après, le malade retournait à ses occupations.

4° Goldinger (*Vratch*, n° 25, 1883). Canule d'argent tombée dans la trachée; tentatives d'extraction infructueuses, le corps étranger s'étant logé dans une bronche. Cessation des accidents généraux; deux mois plus tard, le malade quitte l'hôpital en bon état, ayant toujours son corps étranger.

5° Zenenko (*Ejened. klin. Gazeta*, n° 8, 1884). Un cas; extraction avec la pince laryngée. Le tube était logé vers la bifurcation de la trachée.

A. CARTAZ.

I. — Two cases of thyrotomy for the removal of malignant diseases of the larynx, par BUTLIN (*Clin. Soc. of London*, 11 *janvier* 1889).

II. — One case of autoinoculation in laryngeal carcinoma, par David NEWMAN (*Ibidem*).

III. — Laryngeal cancer, in which hemorrhages..., par F. SEMON (*Ibidem*).

I. — Butlin rapporte 2 cas de cancer où la division du cartilage thyroïde (femme de 27 ans et homme de 51) permit l'ablation des tumeurs cancéreuses limitées. La première malade était en bonne santé, sans traces de récidive un an plus tard; le second n'avait encore aucune récidive plusieurs mois après l'opération.

II.—Homme de 49 ans, entré à Royal Infirmary pour de l'enrouement avec dysphagie. On trouve à la partie moyenne de la bande vocale gauche une tumeur ayant toutes les apparences d'uue tumeur cancéreuse (avril 1887). A la fin de juin, la bande vocale droite qui, au premier examen, était normale paraît rouge, congestionnée, et, peu après, on voit se développer un ulcère cancéreux que Newman regarde comme produit par une auto-inoculation. Le malade meurt des progrès d'une affection cardiaque. A l'autopsie, les deux bandes vocales sont le siège de deux tumeurs ulcérées de nature cancéreuse (examen histologique).

Newman publie encore deux cas de tumeur maligne du larynx où les tentatives d'ablation par voie intra-laryngée ont amené une extension rapide du cancer.

III. — Observation de cancer du larynx ayant nécessité la trachéotomie, un an après le début de la maladie (avril 1886). Mort en juillet 1888, après avoir eu des hémorragies abondantes par la canule, de nombreux abcès suite de périchondrite. Les derniers jours, étaient survenus de la pleurésie et de la pneumonie gangréneuse. A l'autopsie, le larynx ne formait qu'une cavité ulcérée de 6 cent. 5 de long. Tous les cartilages avaient été détruits, à l'exception de l'épiglotte, de la moitié gauche du cricoïde et de l'aryténoïde gauche. Un seul ganglion sur la carotide droite. Pleurésie purulente à droite; nombreuses cavernes gangréneuses dans le poumon droit. A. CARTAZ.

Ueber Laryngofissur, par HOFFA (*Berlin. klin. Woch., n°* 43, *p.* 878, 22 *octobre* 1888).

A l'occasion de 2 laryngotomies personnelles, Hoffa a réuni toutes les opérations de ce genre postérieures à la publication de Bruns (*R. S. M.*, XII, 669) qui date de 1878. Sur les 94 opérés, 4 seulement ont succombé du fait de la laryngotomie: 1 à l'infection purulente, 1 à la diphtérie et les 2 autres à l'écoulement du sang dans les voies aériennes. On n'a jamais vu survenir la nécrose des cartilages qu'on redoute théoriquement.

Les résultats définitifs de la laryngotomie varient nécessairement selon la maladie qui la réclame. Elle n'a jamais eu d'inconvénients pour la respiration. Quant à la voix, sur 60 observations contenant des renseignements à cet égard, on trouve que 39 fois elle est restée normale, que 15 fois elle est devenue enrouée, que 6 fois enfin il est survenu de l'aphonie.

Dans la discussion, Sprengel dit avoir observé des rétrécissements consécutifs chez les enfants. J. B.

Zur Tamponade der geöffneten Luftröhre (Du tamponnement de la trachée dans la trachéotomie), par C. LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch., n°* 44, *p.* 881, 29 *octobre* 1888).

Dans la trachéotomie pour croup, Langenbuch tamponne toujours la

trachée, au-dessus de la canule avec de l'ouate iodoformée; il a renoncé aux éponges qui provoquent des eschares et des rétrécissements consécutifs. Il prépare toujours à l'avance des tampons de diverses grosseurs qu'il noue avec un fil de soie dont on entoure le cou de l'enfant une fois le tampon en place. Pour introduire le tampon, il se sert de pinces courbes et le choisit assez volumineux pour qu'il faille un vigoureux effort pour le pousser. Le premier tampon reste 4 ou 5 jours; au bout de ce temps on l'enlève pour en mettre un autre, s'il y a lieu.

Le tampon a l'avantage d'empêcher l'infection des voies aériennes et la chute des liquides et aliments dans les bronches.

De 1873 à la fin de septembre 1888, il a été pratiqué à l'hôpital de Lazare à Berlin, 1,192 trachéotomies chez des enfants diphtéritiques; c'est à partir de 1883 que Langenbuch a fait le tamponnement de la trachée.

Les 599 opérations antérieures à cette date ont donné 22,4 pour cent de guérisons, tandis que les 593 postérieures en ont donné 36 pour cent. Mais l'amélioration est encore plus remarquable, si l'on établit la distinction habituelle entre les âges des petits opérés.

De 1873 à 1882, il a guéri 28,7 pour cent des opérés au-dessus de 2 ans 1/2, tandis qu'à partir de 1883 il en a guéri 45,5 pour cent. D'autre part, de 1873 à 1882, il a guéri 7,3 pour cent des trachéotomisés ayant moins de 2 ans 1/2, tandis qu'à partir du tamponnement, 13,4 ont guéri. J. B.

Sur les otopathies consécutives aux traumatismes du maxillaire inférieur, par SUNÉ Y MOLIST (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er *décembre* 1888).

Les lésions auriculaires succédant aux traumatismes du maxillaire se classent en :

1° Thrombus ou hématome du conduit;
2° Blessure par déchirure de la peau du conduit;
3° Fracture de la cloison antérieure du conduit;
4° Rupture du tympan avec hémorragie de la caisse;
5° Commotion apoplectique de l'oreille interne.

Suné cite des observations se rapportant à ces diverses catégories et discute la question du diagnostic, pronostic et traitement. A. CARTAZ.

Contribution à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de l'otite scléreuse, par G. GRADENIGO (*Ann. des maladies de l'oreille, décembre* 1888).

L'étude d'un certain nombre de cas d'otite scléreuse a montré à l'auteur que les brides et membranes qu'on trouve dans la caisse ne sont pas des néoformations, mais qu'elles sont les produits de transformation du tissu gélatineux embryonnaire non résorbé. En examinant les oreilles d'animaux nouveau-nés à diverses périodes de la vie intra-utérine et après la naissance, il a constaté que l'acte respiratoire n'avait aucune influence sur la résorption de ce tissu; cette résorption dépend absolument du degré de développement embryonnaire.

Les brides et membranes offrent absolument la disposition du tissu gélatineux et aucune d'elles ne s'insère à la surface interne de la membrane tympanique, ce qui aurait lieu s'il s'agissait de néoformations.

Cette non-résorption du tissu gélatineux ne peut être la cause unique de l'otite scléreuse; il faut tenir compte de l'existence d'inflammations nasales qui, propagées par la trompe, amènent la rigidité des fausses membranes, l'ankylose des osselets et aussi des lésions produites par les maladies infectieuses, etc. A. CARTAZ.

I. — Die electrische Reaction des Nervus acusticus, par Giuseppe GRADENIGO (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n*os 39, 40 *et* 41, 1888).

II. — Il valore pratico dell' esame electrico del nervo acustico, par G. GRADENIGO (*Boll. d. mal. dell' orecchio*, *VI*, *n*° 6).

I. — De ses recherches sur le mode de réaction électrique du nerf acoustique, Gradenigo conclut que ce nerf réagit à la façon des nerfs moteurs. L'exploration électrique de l'oreille est capable, par conséquent, de fournir les renseignements les plus précieux. Elle rendrait autant de services que l'examen ophtalmoscopique en rend pour l'examen de l'œil. A. M.

II. — Gradenigo reconnaît que dans la plupart des cas le courant galvanique donne des résultats thérapeutiques insignifiants; il a constaté cependant quelques bons effets dans l'otite moyenne sclérosique. Mais l'application du courant est d'une grande valeur comme moyen diagnostique et pronostique et permet, chez des sujets suffisamment intelligents pour préciser ces sensations, d'établir le degré d'intégrité du nerf.

A. CARTAZ.

I. — Ueber den Ménière'schen Symptomen complex, par Benno BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 45, *p.* 904, *et n*° 46, *p.* 830, 5 *et* 12 *novembre* 1888).

II. — Examen des rochers dans un cas de syndrome de Ménière, par LANNOIS (*Soc. des sc. méd.*, *novembre* 1888; *Lyon méd.*, 6 *janvier* 1889).

III. — Contribution à l'étude du syndrome de Ménière, par OLLIER DE VERGÈZE (*Thèse de Lyon*, *n*° 438, 1888).

I. — Baginsky s'efforce d'établir que le vertige de Ménière est causé par une lésion cérébrale et qu'on ne l'observe dans les affections du labyrinthe et spécialement dans celles des canaux semi-circulaires que parce qu'elles sont compliquées d'une lésion du cerveau.

Pour cela, il fournit les arguments suivants. Les expériences de Boettcher (*R. S. M.*, IV, 405) et de Baginsky lui-même (*R. S. M.*, XVIII, 426, et XXVII, 422), ont montré que les canaux semi-circulaires ne sont nullement un organe du sens d'équilibre.

D'un autre côté, Flourens n'a pas noté dans ses expériences sur les canaux semi-circulaires les troubles auditifs qui font, au contraire, partie intégrante du mal de Ménière. Voilà pour le côté physiologique ou théorique de la question; quant aux faits cliniques, ils ne prouvent pas davantage que le vertige de Ménière dépende d'une lésion des canaux semi-circulaires.

Ni l'inflammation, ni la paralysie, ni l'absence de ces organes ne donnent lieu au syndrome morbide de Ménière, ainsi que le prouvent,

entre autres, les observations de Lucae (hémorragies dans les canaux semi-circulaires) et de Politzer (absence de ces canaux).

Si les lésions traumatiques du labyrinthe s'accompagnent parfois de ce vertige spécial, c'est qu'elles se compliquent le plus souvent d'un traumatisme cérébral.

D'autre part, le syndrome morbide de Ménière se rencontre dans un grand nombre de maladies très diverses des centres nerveux : méningite épidémique, syphilis cérébrale, ataxie locomotrice, hystérie.

Enfin, on l'a noté dans quelques cas d'affections auriculaires, limitées à l'oreille moyenne ou à l'oreille externe. J. B.

II et III. — Dans sa thèse, Ollier soutient l'opinion d'après laquelle le vertige de Ménière n'est qu'un symptôme pouvant dépendre de lésions autres que l'otite labyrinthique. Il publie, à l'appui, une observation de vertige de Ménière chez un brightique, mort de dyspnée urémique.

Lannois a fait l'examen du rocher de ce malade et a trouvé une otite scléreuse avec ankylose complète des osselets, encastrement de l'étrier dans la fenêtre ovale. Le labyrinthe ne présentait aucune lésion.

A. CARTAZ.

Sur la recherche et l'extraction des balles de revolver logées dans les cavités de l'oreille, par Paul BERGER (*Bull. de la Soc. de chir.*, *XIV*, *p.* 697).

Pour rechercher ces balles, Berger conseille de détacher d'abord la demi circonférence supérieure du pavillon de l'oreille, comme l'a fait Verneuil ; puis, comme la voie est souvent insuffisante, d'inciser en arrière le conduit auditif et d'attaquer avec le ciseau le bord antérieur de l'apophyse mastoïde. Avec le stylet explorateur de l'appareil de Trouvé on procède ensuite à la recherche de la balle qu'on extrait souvent par fragments et en vérifiant à chaque instant avec le stylet le siège précis de ces fragments. Berger rapporte deux observations dans lesquelles ce procédé a donné d'excellents résultats. Terrillon cite un cas analogue.

C. WALTHER.

De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation, par A. RICARD (*Gaz. des hôp.*, 23 *février* 1889).

De l'étude d'un très grand nombre de pièces, Ricard conclut que la moitié postérieure de l'apophyse mastoïde est dans un voisinage rapproché du sinus et, partant, que c'est là la zone dangereuse. La moitié antérieure est non seulement moins dangereuse, mais c'est elle seule qui, presque toujours, renferme les véritables cellules mastoïdiennes communiquant avec la caisse, c'est la région chirurgicale de la trépanation. Elle n'a que l'inconvénient d'être recouverte par le pavillon de l'oreille.

D'après ces données, Ricard rejette la trépanation telle qu'on la pratique ordinairement, en arrière du pavillon, à la partie postérieure de l'apophyse. Sur ce point, l'opération est dangereuse, à moins d'être très superficielle et partant inefficace. Ricard conseille de la faire en avant ; après avoir détaché et rejeté en avant le pavillon de l'oreille, on tombe directement sur les cellules. A. CARTAZ.

I. — Carie dell'orecchio medio e terebrazione dell'apofisi mastoïde, par G. GRADENIGO (*Rivista veneta di sc. med.*, 1888).

II. — Dangers of ear disease, par Richard WILLIAMS (*Liverpool med. Institution*, 8 *novembre* 1888).

I. — Gradenigo rapporte quatre cas d'otite suppurée chronique avec envahissement des cellules mastoïdiennes, ayant nécessité la trépanation complète. Dans un de ces cas, le sinus transverse, anomalement situé en avant, fut ouvert par la gouge. Gradenigo se contenta d'appliquer un tamponnement au sublimé ; la guérison se fit sans accidents.

II. — Williams soutient que les abcès du cerveau ont, dans la moitié des cas, pour origine une ancienne otite.

Les trois cas qu'il rapporte sont : 1° otorrhée avec polype, suppuration des cellules mastoïdiennes, septicémie; 2e otorrhée chronique, abcès du lobe temporo-sphénoïdal, ouverture de l'abcès dans le ventricule latéral; 3° otite, thrombose du sinus latéral, méningite bacillaire. Dans ces trois cas, Williams fit la trépanation mastoïdienne (guérison dans le 1er et le 3e cas) et il insiste sur la nécessité de la faire de bonne heure. A. C.

Vier Fälle von Caries im Mittelohr... (Quatre cas de carie de l'oreille moyenne avec position avancée du sinus transverse), par HESSLER (*Arch. f. Ohr.*, *mars* 1888).

L'auteur publie quatre faits personnels et ajoute douze autres observations dans lesquelles la trépanation mastoïdienne fut suivie de perforation du sinus. Il ressort de ces faits que : 1° rien dans la configuration extérieure de l'apophyse mastoïdienne ne peut autoriser à préjuger de ses anomalies de texture ni de la situation vicieuse du sinus transverse; 2° que la dénudation ou même l'ouverture involontaire ou la ponction voulue du sinus peuvent n'avoir aucunes conséquences fâcheuses (pourvu que, dans les deux dernières hypothèses, on ait soin de pratiquer un tamponnement antiseptique ; 3° que la trépanation mastoïdienne peut avoir une heureuse influence sur la marche des accidents, alors même que l'on n'a pas rencontré de cavité mastoïdienne. LUC.

Transient nystagmus in connection with purulent inflammation of the middle ear, par KIPP (*N. York med. Journ.*, *p.* 103, 28 *juillet* 1888).

L'auteur a observé 3 cas de nystagmus horizontal lié à l'otite moyenne suppurée chez de jeunes hommes. Le nystagmus était produit à volonté par les pressions sur l'apophyse mastoïde chez un des sujets qui avait de l'otorrhée et des attaques épileptiformes; l'ouverture des cellules mastoïdiennes et l'évacuation du pus procura une amélioration notable.

Chez un autre, les irrigations de l'abcès mastoïdien déterminaient des secousses de la tête, de la dilatation pupillaire et du nystagmus horizontal bilatéral.

Dans les 3 cas, l'otite suppurée s'accompagnait de surdité. L. GALLIARD.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Statistique médicale de l'armée française pendant l'année 1885 (291 *pages in-4°, Paris*, 1888).

Effectif en 1885 : 451,941 présents.

Le nombre des entrées aux hôpitaux est de 91,626, soit 203 0/00 ; à l'infirmerie 129,855, soit 298 0/00; à la chambre 677,756, soit 1,554 0/00, chiffre notablement inférieur à celui de toutes les années précédentes.

Le nombre des journées de traitement à l'hôpital est de 2,545,959, soit 5,6 journées de traitement par homme présent, et 27,7 journées par homme malade. Le nombre des retraites et réformes pour maladies est de 8,144, soit 16,6 0/00.

La mortalité toujours en voie d'abaissement, descend à 3,421, soit 7,58 0/00. Cette proportion est majorée par la mortalité en Algérie (18,30 0/00) et en Tunisie (19,41 0/00) : pour l'armée à l'intérieur elle est de 6,79 0/00. Par grade, la mortalité donne pour 0/00 : officiers 8,14; sous-officiers 5,08; soldats 7,76.

Les fièvres typhoïdes et continues ont déterminé 8,602 entrées à l'hôpital (le 1/10 des entrées pour toutes causes) avec 1,140 décès. Le gouvernement de Paris, le XVe corps (Marseille) et la Tunisie fournissent la proportion la plus élevée. La mortalité atteint 2,52 0/00 de l'effectif, et 13 morts sur 100 malades.

Le choléra a une morbidité moindre, mais une mortalité plus élevée qu'en 1884. A l'intérieur, on a compté 86 cas et 40 décès; en Algérie 94 cas et 43 décès. La Tunisie est restée indemne.

La variole, la varioloïde surtout, ont fourni 214 malades avec 6 décès seulement. 170,512 vaccinations ont été pratiquées avec 48,9 0/0 de succès.

La rougeole, en progression continue depuis 1881, fournit 3,287 cas, et 78 décès; la scarlatine progresse également depuis 1882, et donne 1.027 cas et 41 décès.

Le nombre des décès par diphtérie est en diminution sensible sur 1884, et les années précédentes : 32 décès en 1885. Comme morbidité, la diphtérie est plus fréquemment mentionnée dans les armes montées.

En Algérie, en Tunisie, le chiffre total (hôpital et infirmerie) des entrées pour paludisme est en augmentation : en 1885, il y a 117,5 0/00 contre 102,3 0/00 en 1884, et 97 en 1883. De même pour la mortalité : 98 en 1885, soit 1,49 0/00 contre 1,21 en 1884, et 0,96 en 1883.

La dysenterie a déterminé dans le gouvernement de Paris 369 entrées et 14 décès, l'Algérie a été assez épargnée, et en Tunisie, on constate la diminution de la gravité : 251 cas et 8 décès, contre 270 cas et 15 décès.

La tuberculose a causé 456 décès, soit 1 0/00 : proportion inférieure à celle de 1884 ; le chiffre des réformes et retraites (1,477, soit 3,26 0/00)

est en augmentation, ce qui constitue une perte totale supérieure à celle des autres années (4,26 0/00 contre 3,97 en 1884).

La syphilis n'atteint pas le centième, l'urétrite et le chancre mou le vingtième de l'effectif. Le chiffre des suicides est de 188.

Le contingent de la classe 1884 a été de 151,233 hommes : la taille moyenne des aptes au service a été de 1^{m},649. MAUBRAC.

Ueber Menschenverlüste in Kriegen (Des pertes en hommes dans les guerres), par H. FRÖHLICH (*Œsterreichische militärische Zeitschrift, Band I, Heft* 1, *p.* 47, 1888).

Le rapport des pertes par blessures aux pertes par maladies, ne s'est élevé, dans la seconde moitié de notre siècle, qu'à 1/3 en campagne et non 1/6 comme l'a indiqué Kolb.

Les dernières guerres permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° La mortalité par maladies oscille de 20 à 1 0/0 de l'effectif des armées en campagne;

2° La mortalité par blessures se maintient assez régulièrement à 2 0/0 de l'effectif;

3° La mortalité par maladies aurait, si l'on ne considère que les deux guerres de Crimée (1854-56) et de Bulgarie (1877-78), beaucoup plus fortement diminué que la mortalité par blessures, mais cette diminution est trop peu importante et trop irrégulière pour pouvoir être formulée comme loi.

L'influence du service de santé sur la mortalité des armées en campagne n'est donc pas nettement déterminée. DE SANTI.

Sanitäts-Bericht über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870-1871 **(Blessures de la tête et du tronc)** (3e *vol.*, 1re *partie*, *Berlin*, 1888).

Le volume actuel du Rapport est consacré aux blessures des régions ; composé avec le même esprit consciencieux et critique que les volumes précédents, il représente un prodigieux matériel d'observations empruntées non seulement aux rapports du ministère de la guerre allemand, mais encore aux publications et aux travaux qui ont paru sur la guerre de 1870-71, aux archives des hôpitaux, aux communications des chirurgiens, etc. Tous ces faits ont été triés et classés avec soin, de façon à ne pas faire double emploi, et corroborés par les examens des invalides ; ils offrent de la sorte toutes les garanties possibles d'exactitude et les conclusions qui en sont tirées peuvent être regardées comme des formules indiscutables. Plusieurs chapitres, tels, par exemple, que celui des blessures de l'œil ou des blessures de la poitrine, forment de véritables monographies; mais l'ensemble est homogène et laisse l'impression d'une œuvre puissante à laquelle il faudra toujours recourir quand on voudra traiter des blessures de guerre.

Le chiffre total des atteintes (morts et blessés) s'est élevé dans les armées allemandes, en 1870-71, à 116,821 dont 98 0/0 par projectile et 2 0/0 par armes blanches ; sur ce chiffre 17,255 (14, 8 0/0) ont succombé sur le champ de bataille même et 99,566 (85, 2 0/0) ont reçu des secours ; toutefois les entrées aux ambulances ne s'élèvent qu'à 92,164 blessés, sur lesquels 11,023 ont succombé et 88,543 ont guéri ou ont

été réformés. Le total des décès par blessures, sur 116,821 atteintes, s'élève donc à 28,248 soit 24, 1 0/0.

Ces chiffres se répartissent entre les diverses régions du corps proportionnellement à la surface occupée par cette région, mais il faut entendre par surface vulnérable non pas seulement l'étendue d'une région dans une position déterminée, mais le champ tout entier que circonscrivent les mouvements de cette région.

Le chapitre I est consacré aux *blessures de la tête ;* il débute par des considérations générales sur la forme des orifices des plaies d'armes à feu, sur le rôle de l'air dans la production des lésions indirectes, sur l'inutilité du casque comme moyen de protection à l'égard des projectiles actuels, etc. Viennent ensuite les observations de blessures des parties molles, du squelette du crâne et enfin du cerveau, puis les complications et les conséquences éloignées de ces blessures. La commotion, la contusion et la compression cérébrales sont l'objet de remarquables études. Citons en particulier, parmi les observations, deux cas de tolérance remarquable du cerveau pour les corps étrangers et huit cas de guérison après des blessures directes du cerveau. Les blessures de la face sont également l'objet d'une étude intéressante, en particulier pour ce qui concerne les tentatives de restauration à la suite de coup de feu : de nombreuses planches permettent de se rendre compte des résultats donnés par l'autoplastie.

Le chapitre II traite des *blessures de l'œil ;* il est basé sur 860 observations recueillies pendant la guerre (96,2 0/0 par coups de feu et 3,8 0/0 par armes blanches) et présente le plus haut intérêt clinique. Ces blessures se décomposent ainsi : destruction du globe de l'œil, 39,4 0/0 ; troubles visuels avec conservation du globe 37,9 0/0, troubles de la motilité, blessures des paupières et amblyopies *sine materia* 22,5 0/0. On voit donc que la perte de l'œil est moins fréquente à la suite des coups de feu qu'on ne l'avait jamais cru jusqu'à ce jour. — La question du *vent du projectile* est l'objet d'une critique sévère, mais on doit admettre cependant que le refoulement de l'air produit par l'explosion d'un projectile est capable de déterminer des lésions intraoculaires. — Les deux dernières sections, consacrées aux traumatismes proprement dits du globe et aux ophtalmies sympathiques, sont de beaucoup les plus intéressantes; elles démontrent en particulier que, pour les affections du nerf optique, la décoloration de la papille ne se manifeste souvent que plusieurs années après le début du processus morbide et que les accidents sympathiques (en général assez bénins sauf quand ils sont provoqués par une irido-cyclite) débutent de préférence du 6e au 9e mois après la blessure. L'énucléation de l'œil blessé n'est réellement préservatrice que si elle est pratiquée avant le début des troubles sympathiques.

Le chapitre III est consacré aux *blessures de la colonne vertébrale.* Le total de ces blessures s'est élevé, dans l'armée allemande, à 367 avec 231 décès, soit 63 0/0 ; elles se répartissent de la sorte : portion cervicale 93 blessures, 57 morts, soit 61,3 0/0 ; portion dorsale, 134 blessures, 95 morts, soit 70,9 0/0 ; portion lombaire 62 blessures, 44 morts, soit 71,0 0/0; portion sacrée, 78 blessures, 35 morts, soit 44,9 0/0. Mais, si l'on tient compte qu'un grand nombre de blessés à la région cervicale et

dorsale supérieure demeurent sur le champ de bataille, on verra qu'en réalité la gravité des plaies de la colonne vertébrale augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche du cerveau. La mort immédiate n'est pas rare en effet dans les plaies de la moelle cervicale. Le *decubitus* en revanche n'est pas, comme le prétendait Brodie, d'autant plus fréquent que la blessure siège plus haut ; cette complication a été en effet notée dans 11 0/0 des blessures cervicales, 24 0/0 des blessures dorsales et 37 0/0 des blessures lombaires.

Les *blessures du cou* font l'objet du chapitre IV ; elles s'élèvent au chiffre de 1,700 (2,1 0/0 de l'effectif moyen); la plupart se compliquent de la blessure d'organes importants, artères, larynx, œsophage, etc. La trachéotomie y est chaudement recommandée non seulement comme opération d'urgence, mais encore comme *opération préventive* toutes les fois que la direction du coup de feu fait *soupçonner* une blessure des voies aériennes ; le pronostic est d'autant meilleur qu'elle est plus hâtive. C'est ainsi que sur 14 cas, l'opération, faite en général trop tard, n'a donné que 5 succès.

Le chapitre V (*blessures de la poitrine*) indique une diminution de la mortalité des plaies de poitrine relativement aux 6 dernières guerres ; en effet, sur 9,460 blessés, on ne compte que 2,035 morts, soit 21,5 0/0. L'étude de ces blessures est particulièrement intéressante par la richesse des matériaux et l'intelligence de leur interprétation ; c'est ainsi que les plaies pénétrantes sont étudiées sur plus de 450 observations dont un grand nombre sont suivies d'autopsie ou ont été continuées plusieurs années après la guérison. — La fréquence de la *pneumonie traumatique* en campagne est considérable bien qu'elle ait passé inaperçue; ainsi, sur 491 commotions de la poitrine sans blessure extérieure on en compte 9 cas. En revanche la *tuberculose consécutive* aux plaies pénétrantes de poitrine paraît moins fréquente qu'on ne l'avait cru. — Enfin, grâce au petit calibre de la balle Chassepot, la lésion du squelette du thorax n'a que faiblement agravé, dans cette guerre, le pronostic des plaies pénétrantes ; c'est ainsi que sur 1,135 plaies pénétrantes sans lésion osseuse on trouve 598 morts (52,7 0/0) et 165 (56,9 0/0) dans 290 plaies pénétrantes avec lésion du squelette. — Les blessures des deux poumons, du cœur, la hernie du poumon et l'emphysème sous-cutané font l'objet de chapitres spéciaux. — Les opérations ont été rares : 40 thoracentèses avec 22 guérisons et 14 ligatures de gros vaisseaux avec 11 morts.

Enfin le chapitre VI qui traite des *blessures de l'abdomen* n'embrasse pas moins de 5,743 observations avec 1,475 morts. — La gravité des plaies de l'abdomen tient à la grande richesse de cette région en vaisseaux et en nerfs, à l'étendue du péritoine, mais surtout à la présence dans l'intestin de liquides putrides ou septiques, c'est pourquoi on doit fonder de légitimes espérances, dans l'avenir, sur le traitement antiseptique des plaies abdominales. — Cependant, grâce à la grande plasticité du péritoine, les observations de guérison de coups de feu de l'intestin ne sont pas rares et le Rapport en cite 26. — Dans les blessures de la *vessie*, 15 observations inédites. — Les blessures simultanées des cavités pleurale et péritonéale (66 cas) ont donné une mortalité de 75,7 0/0. — Le chapitre se termine par la discussion des grandes méthodes thérapeutiqnes des plaies de l'abdomen ; malgré les incontestables succès

de la laparotomie antiseptique le meilleur traitement *en campagne* paraît cependant consister toujours dans l'expectation antiseptique, la diète absolue, la position appropriée et l'opium à haute dose ou les injections de morphine. DE SANTI.

De l'assistance aux blessés avant l'organisation des armées permanentes, par Humbert MOLLIÈRE (*In*-8°, 59 *p.*, *Lyon*, 1888).

Contribution à l'histoire médicale non moins intéressante par son originalité que par sa forme littéraire et sa pensée philosophique. L'organisation du service de santé militaire et la convention de Genève marquent dans l'histoire de la civilisation deux grandes étapes que précède une longue et obscure période qu'on peut considérer comme celle de la gestation de l'idée humanitaire.

L'auteur nous fait assister au progrès de cette idée, depuis les temps fabuleux jusqu'à l'époque où le perfectionnement des armes à feu, multipliant les destructions humaines, fit une nécessité de l'assistance aux blessés sur le champ de bataille. Les Grecs, plus que les Romains, se préoccupèrent de ce problème, mais sous l'Empire, le service sanitaire prend tout à coup une place importante aux armées. C'est de cette époque que date la création des premiers hôpitaux de campagne (*valetudinaria*), du personnel médical des corps de troupe et même des officiers d'administration (*optiones valetudinaria*).

L'invasion barbare emporte ces institutions avec le vieux monde romain et ramène l'humanité six siècles en arrière. Chose curieuse, c'est une nouvelle invasion, venue du Sud cette fois, celle des Arabes, qui remit la chirurgie militaire en honneur et ouvrit une nouvelle période de tâtonnements humanitaires dont la Renaissance, avec sa féconde activité, devait bientôt s'emparer et faire un corps de doctrines. C'est à cette période, sur laquelle l'auteur donne de curieux détails, qu'appartiennent nos premiers chirurgiens d'armée, Lanfranc, Guy de Chauliac, Henri de Mondeville, Pitard, et, en Italie, Pierre de Largelata. Avec eux H. Mollière a exhumé des noms moins célèbres, Paumier de Ris, maître Jean, Arnaud de Villeneuve, etc.

Mais c'est sourtout à la Renaissance et aux chirurgiens militaires du XVe siècle, sur lesquels se dresse la grande figure de Paré, que l'auteur a consacré ses curieuses recherches. Il complète, à ce point de vue, les récentes études de Thomas et de Delorme sur Jérome Braunschweig, Jean de Gersdorf, Jean de Vigo, Symphorien Champier, Nicolas Goddin, etc. — Il termine enfin en rappelant les essais de convention pour la neutralisation des ambulances tentés aux XVIIe et XVIIIe siècles et rapportés par Pringle et par Percy. DE SANTI.

Ueber Schirmbette und Freiluftlazarethe (Des lits à bâche articulée et des ambulances à ciel ouvert), par PORT (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, *n°* 12, *p.* 529, 1888).

Port propose le modèle suivant : une couchette en forme de brancard, constituée par un cadre de bois et un fond de bandelettes métalliques, munie de 4 pieds articulés, également en bois, porte sur sa moitié supérieure un capotage semblable à celui de nos litières pour blessés ; ce ca-

potage, en toile, est porté par 3 cerceaux qui se replient du côté de la tête ou se déploient en éventail de façon à recouvrir la tête et la partie supérieure du corps ; enfin, la partie inférieure et les pieds sont protégés par un tablier de tissu imperméable fixé par des œilletons au cadre même du lit. Les dimensions de ce lit sont les suivantes : longueur (avec les poignées) : $2^m,40$; largeur $0^m,66$; hauteur des pieds $0^m,47$; hauteur du capotage $0^m,90$. Le lit, avec sa bâche et son tablier, une paillasse vide, une paire de draps, deux couvertures de laine, une chemise, une capote de malade, une paire de chaussons, une serviette et un mouchoir — tous ces objets empaquetés — pèse 37 kilogrammes.

Ce lit peut être transporté et suspendu dans les voitures et les wagons comme un brancard. En cas de nécessité et dans la belle saison, on pourra disposer à l'air libre un certain nombre de ces lits et constituer de la sorte des lazarets à ciel ouvert dans lesquels, en attendant une installation plus confortable, les blessés seront du moins à l'abri des intempéries. DE SANTI.

Ueber die Bedeutung von Fremdkörpern in Wunden (Des corps étrangers dans les plaies), par FRAENKEL (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 *octobre* 1888).

L'auteur a introduit sous la peau des lapins des morceaux d'étoffe provenant de vieux uniformes militaires, soit stérilisés, soit non stérilisés, soit chargés de pyococci humains; dans les trois cas, résultat identique, pas de suppuration, pas de réaction générale ni locale.

Même résultat lorsqu'au lieu de placer ces corps étrangers sous la peau on les introduit profondément dans les muscles.

Pour exercer une action septique, il faut donc adjoindre à ces corps étrangers un principe virulent : ainsi le coccus, provenant d'un cas d'ictère grave, a déterminé des suppurations étendues et la mort des lapins; même chose avec du sang putréfié, de l'essence de térébenthine, de l'huile de croton.

Conclusion : les impuretés qui salissent les plaies sur un champ de bataille ne sont pas dangereuses. La seule chose dangereuse, c'est la main du médecin qui apporte les virus infectieux. Il faut donc fermer les plaies et n'y pas toucher. L. GALLIARD.

Des pansements en chirurgie d'armée, par REDON (*Arch. de méd. milit., mai et juin* 1888).

Après examen critique des divers pansements, Redon propose un paquet de pansement individuel ainsi composé : une plaque de tourbe de $0^m,01$ d'épaisseur et de $0^m,12$ de côté, recouverte d'une tarlatane bichlorurée d'un côté, et d'un imperméable de l'autre, à laquelle est jointe une compresse de $0^m,20$ sur $0^m,40$ et une bande de $3^m,50$, en tarlatane bichlorurée : le tout enveloppé dans une lame de papier parcheminé et enfermé dans une toile étanche dont les bords sont agglutinés par une huile siccative.

Avantages : la tourbe est antiseptique et bichlorurée, sa capacité d'absorption est de 12 à 15 fois son poids, elle est occlusive, et facile à appliquer ou à enlever, elle est d'un prix modique (le paquet coûte 0 fr. 33). M.

Ueber Schussverletzungen im Frieden (Des blessures par armes à feu en temps de paix), par P. WAGNER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. XXVIII, p.* 261, 1888).

Ce travail est la continuation de celui de Körner, déjà publié dans le tome XII du même recueil. Comme son prédécesseur, l'auteur a réuni et publié les observations de coups de feu recueillies à la clinique chirurgicale de Leipzig de 1880 à 1888. Ces observations sont au nombre de 63, dont 52 blessures par balles (16 morts) et 11 par plomb de chasse (2 morts), au total 18 morts, soit 28 0/0 (Körner avait trouvé 23, 4 0/0 de 1872 à 1880).

Wagner passe rapidement en revue, à l'occasion de ces faits, les plus récents travaux sur les plaies d'armes à feu. Aussi son travail échappe-t-il à l'analyse. A signaler cependant, dans les blessures de la tête, un coup de feu des lobes frontaux avec issue de matière cérébrale, mais sans aucun phénomène de paralysie ni de lésion cérébrale et un coup de feu de l'hémisphère droit avec paralysie et contracture du même côté du corps. L'auteur explique le premier fait par la lésion simultanée des deux lobes frontaux et le second, soit par l'absence d'entre-croisement des pyramides (Flechsig), soit par la théorie récente de la *localisation indirecte* (Bernhardt).

Les plaies pénétrantes de poitrine (12 faits) ont fourni 5 décès : 1 par pleurésie purulente, 1 par tuberculose et 3 par hémorragie. Ces trois derniers concernent des lésions d'une artère intercostale (hémothorax gauche, mort 2 heures 1/2 après), d'une grosse artère pulmonaire (mort 12 heures après) et de l'aorte thoracique (mort le 8e jour) ; le seul symptôme, dans ce dernier cas, fut une douleur épigastrique qui alla en augmentant jusqu'à la mort. L'autopsie fit voir, à 5 centimètres au-dessus du diaphragme, une double perforation de l'aorte descendante entourée d'un anévrisme faux rompu dans la plèvre droite. Glück et Brudemann ont également, dans ces derniers temps, publié des observations d'anévrisme traumatique de l'aorte à la suite de blessures par revolver.

Parmi les blessures de l'abdomen, 3 cas de blessures du foie (0 mort) et 1 blessure mortelle du gros intestin avec lésion de l'artère iliaque externe. L'auteur est partisan de la laparotomie immédiate dans les coups de feu de l'intestin. — Dans les blessures des membres, 1 cas de phlegmon profond et 1 cas de pyohémie mortelle à la suite de fractures graves : l'auteur attribue ces accidents à des explorations intempestives avec le doigt ou des instruments mal désinfectés.

Enfin, parmi les blessures multiples, citons un coup de feu de l'utérus gravide chez une femme enceinte de 4 mois; péritonite, avortement le 12e jour. Le fœtus expulsé présentait une contusion avec dépression et épanchement sanguin de la région frontale. La délivrance artificielle ramena les phénomènes de péritonite et finalement un phlegmon périutérin (probablement développé autour du projectile) qui se vida dans le rectum. Guérison en 2 mois 1/2.

Quant aux blessures par plomb de chasse, 3 seulement sont intéressantes. L'une concerne un individu qui s'était tiré une charge de plomb dans la région temporale droite; guérison sans accident malgré l'issue

de matière cérébrale par deux des perforations; les deux autres concernent des cas de tétanos. A propos d'un de ceux-ci qui est un exemple très net de *tétanos de la tête* (tétanos hydrophobique de Rose), Wagner a réuni 22 observations de tétanos de la tête dont 2 seulement par coup de feu ; ces 22 cas ont donné 8 guérisons. En l'absence de preuves bactériologiques, l'auteur, pour lequel l'origine microbienne du tétanos ne fait aucun doute, tendrait à croire que le tétanos de la tête est une affection étiologiquement distincte du tétanos ordinaire. DE SANTI.

Recherches sur le micro-organisme pathogène de l'ulcère phagédénique observé au Tonkin, par BOINET (*Lyon méd.*, 3 *février* 1889).

La sérosité qui suinte de ces ulcères contient : *a*) de petits cocci isolés; *b*) des microcoques plus volumineux que les microbes de la suppuration; *c*) des bacilles immobiles, droits, d'une longueur de 7 à 12 μ; *d*) de petits éléments minces, moniliformes, sorte de bâtonnets, qu'on trouve en grande abondance dans le putrilage des ulcères.

Les cultures de cette lymphe dans la gélatine donnent naissance à des cocci et aux bâtonnets. Dans les cultures sur l'agar-agar on trouve les cocci, mais beaucoup moins de bâtonnets ; si l'ensemencement est fait profondément, à l'abri de l'air, le micro-organisme ne se développe pas ou se développe mal.

L'inoculation des cultures n'a donné de lésion ulcéreuse (chiens, singes et chèvres) que lorsqu'elle était portée sur une plaie de la veille. Mais l'action de la vase, des eaux fangeuses favorise certainement le développement de l'ulcère. Au point de vue de la pathogénie, il faut tenir compte, en dehors du microbe, des conditions de fatigue, de déchéance organique. A. C.

Expériences sur les températures nécessaires à la cuisson et sur l'influence de ces températures sur la digestibilité de quelques aliments, par KARJEJEW (*Roth's Jahresbericht*, *p.* 59, 1888).

Les procédés empyriques de cuisson actuellement en usage rendent souvent les aliments coriaces et indigestes. L'auteur démontre d'abord que l'élévation trop grande de la température de cuisson a le double inconvénient de diminuer la valeur alimentaire et la digestibilité des aliments et de nuire à la régularité de répartition du calorique. Il pense donc que les aliments doivent être cuits à la température minima qui leur est nécessaire et il a déterminé expérimentalement cette température ainsi que la durée de son action. Cette température ne doit jamais arriver à 100° centigr. ; quant à la durée, elle est proportionnelle, pour le même aliment, au volume seul de l'aliment. Ainsi, pour un œuf à la coque, la température nécessaire est de 65°, mais il faut une demi-heure de cuisson; à 80°, on obtient un œuf dur, mais, si on n'augmente pas la température, l'œuf demeurera toujours mollet quelle que soit la durée de la cuisson. Le poisson exige 70 à 80° et il faut 3 heures et demi pour 2 livres de poisson coupé en morceaux à 80°. Les haricots ne cuisent qu'à 90°, la galette de sarrazin à 85 ou 90°. — Quand on dépasse ces températures, l'aliment est « surcuit » et perd alors une partie de sa valeur nutritive : c'est ainsi, par exemple, que les graisses et le lard cessent

d'être digestibles. On devrait en conséquence user d'appareils culinaires spéciaux ne permettant pas à la température de s'élever au delà de 100°. L'auteur préconise, comme remplissant ces conditions, les appareils de Senking et Becker, à l'Exposition de Leipzig (1887) et les appareils de cuisine de l'hôpital militaire de Berlin. Ce sont des marmites à double paroi chauffées par l'eau chaude ou la vapeur d'eau.

Les wagons culinaires et les appareils roulants de Becker, destinés à cuire pendant la marche même, ont toutefois l'inconvénient d'exiger 7 ou 8 heures pour la préparation d'un repas. L'appareil de Senking, au contraire, quoique destiné aux casernes dans lesquelles le temps est moins mesuré, cuit en 2 ou 3 heures. — A l'hôpital militaire de Berlin, les appareils consistent en des vases métalliques de faibles dimensions entre les deux parois desquels est amenée la vapeur d'eau ; la paroi interne est, pour la coction des légumes, pommes de terre, riz, haricots, etc., percée de trous. Il ne faut pas, avec ce système, plus de 10 minutes pour cuire des légumes frais ; le poisson demande moins de temps encore; l'amidon plus de 10 minutes ; la viande, au contraire, avec ce système, exige 3 heures et demie à 4 heures et demie.

L'auteur termine en étudiant encore les appareils de Doks et Jarosch et de Malkiel, très analogue à celui de Becker, mais avec feu direct.

DE SANTI.

Militärärztliche Aphorismen, par NEUDÖRFER (*Wiener medicinische Blätter, n*os 3 *et suiv.*, 1888).

Neudörfer consacre cette étude à trois questions médico-militaires qui sont : 1° De la cuisine du soldat et des conditions qu'elle doit remplir. 2° Des éponges chirurgicales et des divers moyens de les remplacer en campagne ; 3° D'une lanterne de campagne et de ses divers modes d'improvisation.

Pour la première question, l'auteur, toujours imbu d'idées théoriques, propose l'adoption en temps de paix d'un appareil construit sur le principe de la marmite norwégienne et consistant en un fourneau chauffé au bois, lequel amène à l'ébullition en 7 minutes un récipient de fer-blanc de la contenance de 5 litres; l'ébullition est maintenue pendant 8 minutes, puis la marmite est placée dans une caisse qui conserve la chaleur. Au bout de 5 à 6 heures, la cuisson est terminée, mais les aliments peuvent être conservés chauds pendant 12 à 24 heures encore. Donc économie de combustible, régularité de la cuisson, possibilité de conserver les aliments chauds, tels sont les avantages de ce système. — Parmi les autres propositions de l'auteur, notons l'addition à la viande fraîche de 8 0/0 d'acide carbonique et 2 0/0 de nitrate de soude pour empêcher la putréfaction, l'emploi comme condiments de certains produits chimiques, tels que les acides acétique, citrique et lactique, le sulfure d'allyle, etc.; enfin un projet de cuisine roulante dans laquelle la chaleur produite par le mouvement des roues serait utilisée pour le chauffage d'une marmite.

Pour la seconde question, il préconise, surtout dans l'hémostase opératoire, les compresses de gaze imbibées d'eau oxygénée et les tampons de copeaux de bois frais.

DE SANTI.

Die Einführung der Seefische in die Truppenküche (L'emploi du poisson de mer dans la cuisine du soldat), (*Algemeine militär Zeitung*, *p.* 420, 427, 436, 1887).

Les premières expériences sur ce mode d'alimentation ont été faites à Altona sur une compagnie du 31e de ligne ; elles ont donné de si bons résultats que l'essai a été étendu à tout le régiment, puis à d'autres corps de troupes. Le résultat a été partout identique.

Le rapport adressé au ministère de la guerre prussien par le syndicat des marchands de poisson de Hambourg évalue à une livre environ la quantité de poisson nécessaire pour un repas et il estime que le prix de ce repas ne dépasse pas l'allocation donnée par l'État au simple soldat. Du reste, à Altona, le prix de la ration de poisson ne s'est élevé, dans le bataillon de fusiliers du 31e de ligne, qu'à 21 pfennigs (26 centimes), tandis que celui de la ration de viande était de 22 (27 centimes). Les expéditions se font directement de Hambourg, sur la commande des ordinaires, par corbeilles de 150 livres; le poisson est mélangé avec de la glace pour ne pas s'altérer pendant le transport; à son arrivée, il est placé dans une glacière ou une cave et peut, de la sorte, être encore conservé un ou deux jours. — La préparation du repas au poisson est des plus simples et tout soldat peut l'apprendre facilement; le meilleur mode consiste à placer le poisson dans un récipient percé de trous qu'on plonge dans le liquide de cuisson (court-bouillon) ; une fois cuit il suffit de le saler et de le diviser en portions ; on y ajoute comme accommodement une sauce relevée ou beurrée et des pommes de terre bouillies.

La valeur alimentaire de la viande de poisson est à peu près égale à celle du bœuf; il est donc possible, par l'introduction de cet aliment dans la ration, de varier à peu de frais l'ordinaire du soldat. DE SANTI.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1888.

A

Abcès. — Essai sur la suppuration dans les néoplasmes, par Bento de Aranjo Cintra (*Thèse de Genève*, 1887). — Le traitement des abcès aigus fondé sur l'étiologie et la pathologie, par Hubbard (*N. York med. Journ.*, p. 402, 13 oct.). — Abcès de la région fémorale simulant une hernie, par Drew (*Lancet*, 18 août). — Abcès d'origine osseuse chez un nouveau-né présentant des lésions syphilitiques du fémur, par G. Thibierge (*Bull. Soc. Anat.*, p. 794). — Du traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé, par And. Hameau (*Paris*).

Abdomen. — Arrêt de développement de la paroi abdominale, par John Buchanan (*Lancet*, 21 juillet). — Influence de la distension de l'abdomen sur la respiration et la circulation. Expériences, par Kronecker et Heinricius (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 632, 15 oct.). — Traitement de l'ascite et des hydropisies généralisées par le régime lacté, par K. P. Chowdhoory (*Lancet*, 29 déc.). — Tumeur abdominale, laparotomie, tératome de la région lombaire, par A. Pilliet (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 875). — Fibro-sarcome de la paroi abdominale, par Segond (*Semaine méd.*, 5 déc.). — Plaie pénétrante du côté gauche de l'abdomen avec fortes contusions du côté droit. Mort par péritonite le 9e jour. A l'autopsie, double perforation du côlon transverse bouchée par l'épiploon et perforation de l'intestin grêle, par Humbert (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 563, sept.). — Trois cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'intestin (blessé dans un cas) suivis de guérison, par Bekleinsheff (*Meditzinskoïe Obozrenie*, n° 15, 1887, et n° 2, 1888). — Plaie de l'abdomen. Hernie de l'épiploon; résection; guérison, par Alexeef (*Russkaia Meditzina*, n° 5, p. 95, 1887). — Coup de feu de l'abdomen : 3 plaies de l'intestin et fracture de l'os iliaque. Laparotomie. Guérison, par H. Sherry (*Annals of Surgery*, p. 257, sept.). — Plaie de l'abdomen : hernie de l'épiploon et des intestins. Guérison, par A. Ternowsky (*Meditzinskoïe Obozrenie*, n° 2). — Plaie pénétrante de l'abdomen, par G.-R.-E. Bonsall (*Lancet*, 15 déc.). — Coup de feu de l'abdomen : injection rectale d'hydrogène; laparotomie; mort, par Schenck (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 521, 13 oct.). — Périthyphlite : laparotomie 32 heures après le début de l'attaque; mort le 38e jour, par Wyman (*Boston med. journ.*, p. 126, 9 août). — Deux cas de périthyphlite (1 mort), par E. Stedman (*Ibid.*, p. 241, 13 sept.). — Périthyphlite : autopsie, par E. Warner (*Ibid.*, p. 404, 25 oct.). — Quelques lésions chirurgicales des viscères abdominaux, par Wyeth (*N. York med. Journ.*, p. 597, 2 juin). — Diverses opérations sur l'abdomen : 1° invagination de l'intes-

tin avec prolapsus utérin, laparotomie; 2° empyème de la vésicule biliaire, cholécystotomie avec ligature du canal cystique; 3° kyste hydatique du foie, incision; 4° cancer du pancréas, laparotomie diagnostique; 5° ovariotomie, hématocèle rétro-utérine; 6° laparotomie pour abcès pelvien chronique, par Zielewicz (*Berl. klin. Woch.*, 9 avril). — Observation de chirurgie abdominale, par Barton (*Journ. of Americ. Assoc.*, avril-mai, p. 516 et 546). — Quelques cas d'opérations abdominales, par Wallace (*Lancet*, 25 août). — Kyste suppuré abdominal (du rein [?]). Ablation; mort; par Taber Johnson (*Journ. of Am. Assoc.*, p. 125, 28 juillet). — Vaste tumeur purulente de l'abdomen due à une tuberculose vertébrale, ayant simulé un kyste hydatique du foie, par E. Potherat (*Bull. Soc. anat.* p. 1046). — Présence de l'air dans les tumeurs suppurées de l'abdomen, par Edv. Malins (*Lancet*, 15 sept.).

Accouchement. — Rapports sur le service d'accouchements à domicile du dispensaire des médecins de Genève (1885-1887), par Léon Gautier et E. Chenevière (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 577, oct.). — Traité d'obstétrique publié sous la direction de P. Muller (*Stuttgart*, 1889). — Résultats de la pratique moderne des accouchements, par Fischel (*Centr. für Gyn.*, 11 août). — Comment doit-on enseigner la pratique de l'antisepsie aux sages-femmes, par Valenta (*Centr. für Gyn.*, 1er déc.) — Des résultats de l'antisepsie en obstétrique, par Ahlfeld (*Ibid.*, 17 nov.). — Constance de la présentation dans des accouchements successifs, par H. Schaeublin (*Inaug. diss., Bâle*, et *Arch. für Gyn.*, Band XXXII, Heft 2). — De la marche du travail chez les femmes atteintes d'affection organique du cœur, par H.-D. Try (*Am. Journ. of obst.*, août). — Contraction de l'utérus en sablier, par Phillips (*N. York med. Journ.*, 24 mars). — Mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet, par Olshauser (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août). — Transformation manuelle d'une présentation de la face en une présentation du sommet, par Loviot (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, novembre). — Quelques observations de présentation de la face, par H.-M. Mackay (*Amer. Journ. of obst.*, nov.). — Accouchement quadruple, par Steffeck (*Centr. für Gyn.*, 22 déc.). — Recherches sur les phénomènes des suites de couches, par Temesvary et Bœcker (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 3). — Des maladies hémorragiques pendant les suites de couches, par Stumpf (*Ibid.*, XXXIV, 1). — Déchirure transversale du col de l'utérus pendant l'accouchement, par Th. Smith (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 665, 10 nov.). — Paralysie radiculaire du nerf sciatique par compression à la suite de l'accouchement, par Vinay (*Rev. de méd.*, 10 juillet 1887). — Fracture de la symphyse pubienne dans l'accouchement, par Faux (*Journ. de méd., Paris*, 15 oct.). — Mort subite pendant l'accouchement, par Mc. D. Ellis (*Lancet*, 3 nov.). — Présentations primitives de la face, par Lancelle (*Thèse de Paris*, 27 déc.). — Sur un cas de version par manœuvres internes, par Guéniot (*Journ. de méd., Paris*, 14 oct.). — De la version dans les rétrécissements du bassin, par Nagel (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 1). — De l'extraction de la tête dernière par manœuvres internes et externes combinées, par Winckel (*Berlin. klin. Woch.*, p. 716, 27 août). — De la version céphalique par manœuvres externes dans les présentations du siège, par Lugeol (*Journ. de méd., Bordeaux*, 11 nov.). — De la fixation intra-utérine des bras pour faciliter la version en cas de rétrécissement du bassin, par Schatz (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août). — De la version. De la position qu'il convient de donner à la femme pour cette opération, par Eyriès (*Marseille médic.*, 30 mars). — Application immédiate de forceps après la version dans les cas de dila-

tation partielle du col, par Coe (*N. York Acad. of med.*, 27 déc.). — D'un procédé fort simple permettant les tractions lentes et continues sur le forceps, par Delassus (*Journ. sc. méd., Lille*, 16 nov.). — L'accouchement prématuré, par W. M. Polk (*N. York med. Journ.*, p. 283, 15 sept.). — Technique de la manière de provoquer l'accouchement prématuré, par Bompiani (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 3). — De l'accouchement provoqué, dilatation du canal génital (col de l'utérus, vagin et vulve) à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse, par Champetier de Ribes (*Ann. de gynéc.*, déc.). — Les irrigations d'eau chaude à 50° en obstétrique et en gynécologie, par Candia (*Naples*). — Accouchement prématuré artificiel dans un cas d'œdème pulmonaire; dilatation du col au moyen du colpeurynter de Braun, par Braun (*Cent. für Gyn.*, 13 oct.).

Acromégalie. — Un cas d'acromégalie, par Biel (*Mittheil. aus der chir. Klinik zu Kiel*, IV). — De l'acromégalie, par Freund (*Samml. klin. Vorträge*, n. 329 et 330).

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose, par Kœttnitz (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 38). — Étude de l'actinomycose, par Petrow (*Russkaia med.*, n° 12).

Addison (Mal. d'). — Diagnostic, marche, pathogénie de la maladie d'Addison, par Jaccoud. (*Union médicale*, 27 déc.) — Maladie d'Addison, tuberculose des capsules surrénales, par H. Vaquez. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 627.)

Adénome. — Du syrinyo-kysto-adénome, par Török. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, 3.)

Albumine. — Signification clinique des diverses formes de l'albumine ordinaire, par Viglezio. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 99.) — Méthode de dosage direct de la paraglobuline, par S. E. Reale. (*Rivista clinica e terapeutica*, juin.)

Albuminurie. — Sur l'albuminurie physiologique, par Schreiter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 17 sept.) — Classification des différentes formes d'albuminurie physiologique, par C. H. Ralfe. (*Lancet*, 17 nov.) — Tension élevée du pouls avec reflux périphérique dans l'albuminurie, par Douglas Powell. (*Lancet*, 8 déc.) — Albuminurie puerpérale, par T.-F. Raven. (*Lancet*, 13 oct.)

Alcoolisme. — De l'alcoolisme, par Mosler. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47, p. 957.) — Alcoolisme et responsabilité, par L. Wright. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 371, 15 sept.) — Sur l'alcoolisme chronique tendant à la démence, par Bassin. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Sur l'emploi de la strychnine dans le delirium tremens, par Ramos. (*Bull. de thérap.*, 15 oct.) — Du traitement de l'alcoolisme, par Forel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 676, 13 août.)

Aliénation. — L'assistance des aliénés en Ecosse, par Féré. (*Rev. scientif.*, 1er déc.) — Les sexes au point de vue de l'aliénation, par Shaw. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — L'augmentation des cas de folie et d'imbécillité, par H.-K. Pusey. (*N. York med. Journ.*, p. 348, 29 sept.) — Applications de la sphygmographie aux affections mentales, par Burckhardt. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, p. 633.) — Sur l'alimentation forcée des aliénés, par Descourtis. (*Encéphale*, n° 5.) — Des urines des

aliénés, par Rigault. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — La psychiatrie de Félix Plater, par Wille. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 508, 15 août.) — Des perturbations de la conscience et de ses rapports avec la démence et la folie, par Orschansky. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Leçons sur la folie dans ses relations avec les affections cardiaques et aortiques, et la phtisie, par W. J. Mickle. (In-8°, *Londres.*) — De l'aliénation chez les vieillards, par Fürstner. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Le suicide et les tentatives de suicide chez des aliénés, par Tilkowsky. (*Wien. med. Presse*, n° 35, p. 1257.) — La paralysie générale des aliénés dans la pratique hospitalière, par H. Handfort. (*Lancet*, 15 déc.) — Un cas de folie causée par l'opium, par H. Sutherland. (*Lancet*, 17 nov.) — De l'écholalie, de la coprolalie et de l'imitation des gestes chez les dégénérés, par Breitmann. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel, par Lerieux. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — La protection légale des aliénés, par Hermann Reuss. (*Leipzig.*) — Exemple de folie à quatre (chez 4 frères et sœurs), par A. Forel et Wille. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 504 et 505, 15 août.) — De la folie à double forme considérée dans ses rapports avec la paralysie générale, par Gilles. (*Thèse de Paris*, 29 nov.)

Aliment. — L'alimentation artificielle des nourrissons, par C. Giarré. (*La Riforma medica*, 9 et 10 nov.)

Amnios. — Les fonctions de l'amnios, par Fr. Edv. Cam. (*Lancet*, 29 déc.) — Composition d'un liquide d'hydramnios ; teneur relative en sels des divers liquides séreux, par Erich Harnack. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 821, 8 oct.)

Amputation. — Recherches sur les centres nerveux d'un amputé, par Guarnieri et Bignami. (*Bull. de Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 4.) — Un cas de quadruple amputation simultanée (2 avant-bras, cuisse droite, pied gauche). Guérison, par C. Wallace. (*Med. and surg. Reporter*, 20 mai.) — Amputation du genou pour un épithéliome de la jambe gauche et pour un sarcome mélanique de la jambe droite, par M. Bryant. (*Lancet*, 13 oct.)

Amygdale. — De l'hypertrophie des amygdales, par C. Seiler. (*Boston med. journ.*, p. 37, 12 juill.) — Terreurs nocturnes guéries par l'ablation des amygdales, par G. J. M. E. Scattliff. (*Lancet*, 26 oct.) — Amygdalite gangréneuse, par Crugin. (*New York med. journ.*, p. 233, 1er sept.) — Extirpation de l'amygdale cancéreuse par un nouveau procédé, par Postempski. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 3.) — Sarcome de l'amygdale droite et d'une partie du pharynx, par Kümmell. (*Soc. méd. de Hambourg*, 29 mai.) — Emploi du thermocautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Decaye. (*Union médicale*, 29 déc.) — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne, les méthodes sanglantes et la méthode ignée, par Barette. (*Rev. gén. de clin.*, 22 nov.) — Hémorragie grave après le traitement par le galvano-cautère d'une amygdale hypertrophiée, par Werner. (*Würtemb. med. Corr.-Bl.*, n° 31.) — L'arrêt des hémorragies consécutives à l'amygdalotomie (ligature sur le tenaculum), par Levis. (*Med. News*, 8 déc.)

Amyloïde. — Dégénérescence amyloïde expérimentale, par Bouchard et Charrin. (*Soc. de Biologie*, 13 oct.)

Anatomie. — Atlas d'anatomie chirurgicale, par Fort. (In-4° *Paris.*) — La statue humaine de Salomon Reisel, par Mazzotti. (*Boll. d. sc. med. Bologne*, XXIII, 1.)

Anémie. — De l'anémie puerpérale : son traitement par l'arsenic, par W. Osler. (*Boston med. journ.*, p. 454, 8 nov.) — Anémie pernicieuse progressive chez une femme enceinte ; interruption artificielle de la grossesse au 7e mois; guérison, par M. Giacanelli. (*Ann. di ostetr. e gin.*, oct.)

Anesthésie. — De l'altération du chloroforme, de ses causes, des moyens de la prévenir et d'y remédier, par Marty. (*Arch. de méd. milit.*, oct.) — De la supériorité de l'éther sur le chloroforme comme anesthésique chirurgical, par Demme. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 482, 1er août.) — Note sur le dosage du chloroforme, par Alex. Foulerton. (*Lancet*, 3 nov.) — De l'introduction à Londres de l'anesthésie par l'éther, par W. Squire. (*Lancet*, 22 déc.) — Les huiles essentielles comme agents anesthésiques, par A. von Kunowski. (*Thèse de Berlin.*) — De l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène, par von Swiecicki. (*Centr. für Gyn.*, 27 oct.) — Un fait d'anesthésie générale provoquée par l'action combinée du chlorhydrate de morphine et du chlorhydrate de cocaïne, par Morau. (*Soc. Biologie*, 10 nov.) — Cocaïne pour l'opération d'un bec-de-lièvre, par Hudmet. (*New York med. Record*, p. 479, oct.) — Sur une nouvelle disposition donnée à l'orifice de sortie du récipient à chlorure de méthyle permettant d'employer cet appareil pour la réfrigération locale par la méthode du Dr Bailly, par Léon Brasse. (*Soc. de Biologie*, 22 déc.) — Les anesthésiques, leur emploi, leur administration, par Buxton. (In-8° *Londres.*) — La méthode d'éthérisation de Julliard, par Roux. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 64, 15 oct.) — De l'anesthésie dans quelques interventions chirurgicales, par Barth. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.)

Anévrisme. — Anévrismes et syphilis, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 21 nov.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte et de la sous-clavière, par Hamilton. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 700, 17 nov.) — Anévrisme de l'aorte ouvert dans la veine cave descendante, par Arkle et Bradford. (*Clin. Soc. of London*, 14 déc.) — Anévrisme de la sylvienne droite, par Eisenlohr. (*Soc. méd. de Hambourg*, 15 mai.) — Anévrisme spontané de l'auriculaire postérieure gauche, par Lantiotis. (*Gaz. hebd. de méd.*, 30 nov.) — Anévrisme traumatique de la maxillaire interne, par Lloyd. (*Birmingham and Midland Counties branch of brit. Assoc.*, 8 nov.) — Anévrisme artério-veineux de l'artère carotide dans le sinus caverneux. Ligature des deux carotides primitives, par Le Fort. (*Bull. Acad. de médec.*, 13 nov.) — Anévrisme diffus du pli du coude, ligature de la radiale, de la cubitale et de l'humérale, après l'insuccès de la compression. Guérison, par W. Anderson. (*Lancet*, 28 juillet.) — Anévrisme de la honteuse interne, par Murray. (*New York med. journ.*, p. 8, 7 juillet.) — Ligature de l'artère iliaque interne pour anévrisme fessier, guérison, par Bardenheuer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 877, 22 oct.) — Anévrisme de l'artère fémorale par coup de feu datant de 13 ans : embolie, gangrène du pied. Mort, par Fly. (*Trans. Texas med. Assoc.*, p. 72.) — Anévrisme arterio-veineux de la fémorale dans le canal de Hunter, par Decamps. (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 603.) — Anévrisme poplité traité sans succès par la méthode de Reid, ligature de la fémorale, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.) — Anévrisme poplité, par Ballance. (*West Lond. med. chir. Soc.*, 7 déc.) — Sur un cas d'anévrisme poplité bilatéral. Indication du traitement par la flexion et la compression. Ligature des deux fémorales. Amputation consécutive de la cuisse d'un côté. Guérison, par Cauchois. (*Normandie médicale*, 15 nov.) — Traitement des anévrismes artériels, par Reclus. (*Gaz. hebd. de méd.*, 21 déc.)

Angine. — La néphrite chronique interstitielle et l'angine de poitrine, par Chew. (*Med. News*, 17 nov.) — Angine de poitrine tenant à une oblitération partielle de l'artère coronaire droite, diagnostiquée pendant la vie, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 675, 13 août.)

Angiome. — Angiome veineux du bras ; opération ; guérison, par Mc Leod. (*Lancet*, 1er déc.)

Ankylostomiase. — Quelques cas d'ankylostomiase avec autopsie, par Ernst. (*Deut. med. Woch.*, n° 15.) — L'ankylostome duodénal, par Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 849.) — Ankylostomiase compliquant la chlorose, par P. Sonsino. (*Lo Sperimentale*, oct.)

Anomalie. — Transposition latérale des viscères, par Martinotti (*Ann. univ. di med.*, nov.) — Polydactylie et anomalies dentaires héréditaires, par Thomas. (*Berl. klin. Woch.*, 19 mars.) — Un cas d'absence du canal d'Arantius, par Paltauf. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 mai.)

Antisepsie. — Application de l'antisepsie interne, par Abaytua. (Broch., *Madrid.*) — Action comparée des antiseptiques sur les microcoques du pus, par Martens. (*Arch. f. pathol. Anat.* CXII, 2.) — Les nouveaux antiseptiques, par Egasse. (*Bull. de thérap.*, 30 déc.) — Incompatibilité chimique des agents antiseptiques, par P. Boulton. (*Lancet*, 3 nov.) — Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique de l'acide fluorhydrique, par Du Castel et D. Critzman. (*Soc. Biologie*, 17 nov.) — Etude sur le pouvoir antiseptique des naphtols, par Du Castel et D. Critzman. (*Soc. de Biologie*, 8 déc.) — Des tampons antiseptiques résorbables, par Gluck. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 791.)

Anus. — Le centre ano-vésical, par Rosenthal. (*Wien. med. Presse*, n° 18, p. 625.) — Imperforation de l'anus avec atrophie du sacrum et absence du coccyx, par Valat. (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 497.) — Anus contre nature, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, déc.)—Anus contre nature. Sutures intestinales. Cautérisation au thermo-cautère. Opération plastique. Persistance d'une fistule, par L. Frey. (*Wien. med. Presse*, n° 41, p. 1453.) — Passage de gaz et de fèces par l'urètre; colotomie; guérison, par H. Cripps. (*Lancet*, 29 sept.) — Des médicaments topiques contre les affections de l'anus et du rectum, par Ward Cousins. (*London med. Recorder*, déc.)

Aorte. — Présence de corpuscules de Pacini dans les parois de l'aorte thoracique, par Rattone. (*Giorn. Accad. di med. di Torino*, n° 12.) — Rétrécissement de la crosse aortique, par Marchiafava. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 4.) — Etroitesse congénitale du système aortique, par O. Fraentzel. (*Soc. de méd. de Berlin*, 25 juin, et *Deutsche med. Woch.*, n° 29.) — Sur l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, par de Timojeef. (*Rev. gén. de clin.*, 27 déc.) — Anévrismes multiples de l'aorte. Rapports de l'anévrisme de l'aorte avec la syphilis, par Jaccoud. (*Union médicale*, 22 nov.) — Dilatation aortique de volume considérable avec tumeur à l'extérieur, double souffle, et immunité de l'orifice aortique et de l'aorte thoraco-abdominale, par Nicolle. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 1039.)

Appareil. — Les instruments chirurgicaux dans l'antiquité, par Gurlt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 976, 26 nov.) — Saccharomètre à fermentation, par M. Einhorn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 574, 9 juillet.) — La sirène électrique, appareil expérimental d'excitation, par P. Grützner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 898, 29 oct.) — Nouvelle forme de diapason clinique, par

Blake. (*Boston med. j.*, 20 déc.) — Instruments pour le traitement des obstructions de la trompe, par Suarez de Mendoza. (*Ann. des mal. de l'or.*, déc.) — Inhalateur médical, par Rieth. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 837, 8 oct.) — Nouveau cathéter irrigateur pour les rétrécissements de l'urètre, par Lanz. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, 2.) — Un nouvel uréthrotome, par Blake White. (*New York med. record.*, p. 660, 1er déc.)— Présentation d'une sonde à reflux pour les injections intra-utérines, par Hyernaux. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, sept.) — Nouvelles sondes utérines à reflux, par E. Hubert. (*Ibid.*, juillet.) — Moules en plâtre de la région fessière et de la région de la hanche, par H. Virchow. (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, p. 389 et 391.)

Artère. — Distribution anormale des artères et des veines du cou, par W. P. Mears. (*Journ. of anat. and physiol.*, janv.) — Artères formant le cercle de Willis, par Berthram E. A. Windle. (*Journ. of anat. and physiol.*, janv.) — Ecrasement du genou droit, déchirure de l'artère et de la veine poplitées, par Valat. (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 499.) — Artérite chronique généralisée ; mort ; autopsie, par E. C. Kingsford. (*Lancet*, 20 oct.)

Articulation. — Les mouvements de la cheville, par Arbuthnot Lane. (*Journ. of anat. and physiol.*, avril.) — Des modifications de croissance des extrémités dans le cas d'inflammations tuberculeuses articulaires, par Dollinger. (*Centr. f. Chir.*, 8 déc.) — Hydropisie intermittente des articulations, par Fridenberg. (*New York med. Record.*, p. 657, juin.) — — Six cas de coxalgie traités et guéris par l'extension continue ; modifications de l'appareil Lannelongue, par Flament. (*Journ. sc. méd. Lille*, 21 déc.) — Arthrite aiguë de la hanche, par Desguin. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, oct.) — Trois cas d'arthrotomie du genou, par Edm. Owen. (*Lancet*, 21 juillet.) — Arthrectomie, par G. A. Wright. (*Lancet*, 1er déc.) — Ankylose angulaire du genou, résection cunéiforme ; guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 13 oct.) — Ankylose du genou après coup de feu ; ostéoclasie. Troubles trophiques, par Poncet. (*Progrès médical*, 20 oct.) — Plaie contuse du genou droit, septicémie gangréneuse primitive, amputation de cuisse, mort rapide, par Potherat. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 630.) — Appareil simple pour le traitement du genu valgum de l'enfance, par Bidder. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 66.) — Pathogénie et traitement du genu valgum, par Duret. (*Semaine méd.*, 15 août.) — Opérations de genu valgum par le procédé d'Ogston, par Richard Davy. (*Lancet*, 5 mai.) — Redressement successif dans l'ankylose du genou, par V. Robin. (*Bull. méd.*, 30 déc.) — Arthrite fongueuse talo-calcanéenne ; injection d'éther iodoformé ; guérison complète, par L. Frey. (*Wien. med. Presse*, n° 37, p. 1325.) — Arthrite fongueuse ; injection de Kollischer ; arthrectomie, par Frey. (*Wiener med. Presse*, n° 37.) — Fibro-sarcome télangiectasique du poignet ; ablation ; guérison, par Lamarque. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 nov.) — Plaie articulaire par coup de sabre ; guérison par première intention avec conservation des mouvements, par Tersen. (*Arch. de méd. milit.*, oct.) — Deux cas d'arthrite déformante sénile de la forme atrophique, l'un avec dépôts calcaires dans le cerveau, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 958, 19 nov.) — Arthrite chronique hypertrophique du genou, par Desguin. (*Bull. Soc. méd. d'Anvers*, nov.)

Asphyxie. — L'asphyxie mécanique et ses formes diverses, par G. Misuraca. (Broch., *Palerme.*)

Asthme. — De l'asthme nerveux, par Schmidtborn. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 328.) — Cause, diagnostic et traitement de l'asthme chez les enfants,

par Le Gendre. (*Union médicale*, 18 nov.) — Contribution à l'étude de la fièvre de foin, par Kitchen. (*New York med. Record.*, p. 641, 1er déc.) — Traitement de l'asthme bronchique, par Théodore Williams. (*Amer. J. of the med. Sc.*, p. 129, août.)

Astigmatisme. — Asymétrie du crâne et astigmatisme, par Imbert. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 14 juillet.) — Astigmatisme hypermétropique progressif, par Emerson. (*Amer. ophth. Soc.*, juin.) — De la kérastoscopie comme moyen de diagnostic de l'astigmatisme, par Desjardins. (*Gazette de Montreal*, juin.)

Athétose. — Un cas d'athétose, par Pengra. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 246, 18 août.) — Premier cas d'autopsie d'athétose double datant de la première enfance. Absence de lésions des centres nerveux. Anomalies des circonvolutions. Asymétrie des hémisphères, du cervelet et du bulbe, par Déjerine et Sollier. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 601.)

Auscultation. — Sur la valeur diagnostique de l'auscultation stéthoscopique de la percussion, par de Dominici. (*Riv. clin. e terap.*, sept.)

Autoplastie. — Des opérations plastiques sur la face, par Piro. (*Inaug., Diss. Wurtzbourg*, 1887.)

B

Bactériologie. — Quelques perfectionnements en bactérioscopie, par von Soyka. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 838, 8 octobre.) — Remarques sur les procédés de détermination quantitative des germes contenus dans l'air, par Kiener et Aldiber. (*Revue d'hyg.*, X, 768, septembre.) — Compte rendu annuel des progrès de l'étude des micro-organismes pathogènes, bactéries, champignons et protozoaires, par P. Baumgarten, 3e année. — Atlas microphotographique de bactériologie, par Carl Fraenkel et Richard Pfeiffer. (*Berlin.*) — Méthodes bactériologiques, recherches quantitatives, par Soyka. (*D. med. Woch.*, n° 43, p. 875.) — Le riz au lait, nouveau terrain de culture solide, par Soyka. (*D. med. Woch.*, n° 41, p. 833.) — Des substances alimentaires considérées comme terrains de culture des germes pathogènes, par Celli. (*Bull. Accad. med. di Roma.*, avril-mai.) — Méthode de conservation des bactéries, par Cornil. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 594.) — Sur la coloration des bactéries, par Doyen. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 785.) — Coloration des bactéries par les matières colorantes acides, par Feiber. (*Ibid.*, p. 866.) — Microbes et alcaloïdes, par Peter (*Semaine méd.*, 21 nov.) — Les poisons d'origine microbienne, par Roger. (*Gaz. heb. de méd.*, 28 déc.) — Etude de quelques bactéries pyogènes et de la valeur germicide de certains antiseptiques, par Roswell Park. (*Med. News*, 1er déc.) — De la quantité de bactéries contenues dans le tube digestif de quelques animaux, par Giaxa. (*Giorn. internat. d. sc. med.*, n° 10.) — La bactériothérapie naturelle, par Zambelli. (*Raccoglitore med.*, n° 14.) — Étude des grégarines pathogènes, par Pfeiffer. (*Zeit. f. Hygiene*, IV, 3.) — Étude des bactéries anaérobies, par Lüderitz. (*Zeit. f. Hygiene*, V, p. 141.) — De la résistance de l'organisme aux microbes pathogènes, notamment des rapports de la nécrobiose avec les effets de certains microbes, par Arloing. (*Acad. des Sc.*, 31 déc.) — De l'infection répétée par les bactéries pathogènes et de son atténuation, par Ribbert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 981.) — Contribution à l'étude de la bio-

logie des micro-organismes, par GIUSEPPE STRAZZA. (*Med. Jahrb., Vienne*, 1888, Heft 1.) — Un nouveau microbe pathogène, bacillus murisepticus pleomorphus, par KARLINSKI. (*Cent. f. Bacteriol.*, V, n° 6.) — Les microbes en oculistique, par MARTIN. (*Echo méd.*, oct.) — Morphologie du champignon du muguet, par GABRIEL ROUX. (*Lyon méd.*, p. 131, 23 sept.) — Des divers modes de distribution du bacille de Koch dans les tubercules et les nodules tuberculeux, par PERRONCITO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, février-mars.) — La transmission des germes cholérique et typhoïque par l'eau ou le sol, par RICHARD. (*Revue d'hyg.*, X, 714 et 817, août et septembre.) — De la formation de spores du bacille typhique, par PFAHL. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, n° 25.) — Façon dont se comportent les bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde dans les milieux de culture alcalins ou acides, par KITASATO. (*Zeitschr. f. Hyg.*, III, p. 404, et *Centrbl. f. d. med. W.*, p. 677.) — Observations anatomo-pathologiques sur quelques néoformations conjonctives produites par le pneumocoque (diplococcus pneumoniœ), par L. LANDA. (*La Riforma medica*, 24 octobre, 2 et 3 novembre.) — Action des staphylococci pyogenes dans les blessures de la cornée, par A. FORTUNATI. (*Lo Sperimentale*, août.) — Culture pure d'un bacille pathogène isolé dans un cas de néphrite gravidique, par VASSALE. (*Rassegna di sc. med.*, n° 10.) — De la présence des microbes dans les kystes dermoïdes de la face, par VERNEUIL et CLADO. (*Acad. des Sc.*, 17 déc.) — De la présence des micro-organismes pathogènes dans les liquides d'injections hypodermiques, par FERRARI. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 24.) — Bactéries contenues dans les sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital, de Vichy, par FRÉMONT. (*C. R. Soc. biologie*, 7 avril.) —

Bassin. — Bassin cyphotique ; obstacle apporté à l'accouchement par le rétrécissement du diamètre bisciatique, par BUDIN. (*Soc. Biologie*, 1er décembre, et *Progrès méd.*, 15 déc.) — Du bassin infantile et de son développement, par V. LAURO. (*Ann. di ostetr. e gin.*, décembre.) — Laparotomie pour des tumeurs multiples du bassin, par DOLÉRIS. (*Journ. de méd. Paris*, 16 déc.)

Béribéri. — Sur l'étiologie et la pathologie du béribéri, par CHAUVIN. (*Thèse de Lyon*, n° 445.) — Contributions à l'anatomie pathologique du béribéri, par MIURA. (*Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiol.*, CXI, 2.) — Recherches sur la nature et la cause du béribéri et les moyens de le combattre, par PEKELHARING et WINKLER. (In-4° *Utrecht*.) — Du béribéri à forme paralytique, par ROORICK. (*Thèse de Paris*, 13 déc.)

Biliaires (Voies). — Les propriétés antiseptiques de la bile, par KOSSEL et LIMBOURG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 654, 6 août.) — De la formation des calculs biliaires, par DOCHMAN. (3e *Cong. des méd. russes. Saint-Pétersbourg*.) — Occlusion produite par un calcul biliaire. Laparotomie, mort, par H. DRAPER. (*N. York Med. record*, p. 394, avril.) — Des accès fébriles à forme intermittente dans la lithiase biliaire et les gros calculs hépatiques, par PATIZON. (*Bull. méd. des Vosges*, oct.) — Dilatation kystique du canal cholédoque de cause inconnue, par KONITZKI. (*Thèse de Marbourg*.) — Carcinome de la vésicule biliaire, par GARSTANG. (*Lancet*, 17 nov.) — Rupture de la vésicule biliaire, calcul enkysté dans le conduit cystique, par CLARK (*Glasgow path. clin. Soc.*, 10 déc.) — Rupture de la vésicule biliaire, péritonite et mort, par EDW. CURETON. (*Lancet*, 3 nov.) — Cholécystotomie, par TORRANCE. (*Lancet*, 8 déc.) — Six cas de cholécystotomie, par THORNTON. (*Med. Soc. of London*, 3 déc.) — Cholécystotomie, par FRANKS. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 7 déc.)

Biologie. — Etude de la biologie dans ses rapports avec la médecine, par SHORE. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.)

Blennorragie. — Gonocoques latents et gonocoques cachés, par Diday et Doyon. (*Lyon méd.*, 16 déc.) — Le gonococcus de Neisser, par Stekhoven. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 717, 1888.) — Nouveau mode de contagion médiate, par Diday. (*Lyon méd.*, 25 nov.) — Traité des maladies vénériennes et de la syphilis. 1re partie : Des affections blennorragiques, par Neumann. (In-8°, 614 p., *Vienne.*) — De la blennorragie chez la femme, par Di Bella et Ingria. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 89.) — La blennorragie chez la femme, par Frabry. (*D. med. Woch.*, n° 43, p. 876.) — Sur les moyens les plus récents de diagnostic et de traitement de la blennorragie chez l'homme, par P. Tommasoli. (*Rivista clinica e terapeutica*, juin-juillet.) — Blennorrée, goutte militaire, uréthrite chronique antérieure et postérieure, par Du Castel. (*Gaz. des hôp.*, 27 nov.) — Pyémie consécutive à une blennorragie, par Roswell Park. (*Boston med. jour.*, 4 octobre, p. 331.) — Manifestations spinales de la blennorragie, par Chavier et Février. (*Rev. de méd.*, déc.) — Rhumatisme, blennorragie survenant à l'âge de 9 ans, par Philpot. (*Lancet*, 6 oct.) — Rétrojection dans la blennorragie, par E. R. Palmer. (*N. York med. Journ.*, p. 597, 1er déc.) — Observation sur le traitement de l'urétrite chronique, par Casarini. (*Rassegna di sc. med.*, n° 11.) — De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorragie et des bases du traitement rationnel de cette affection, par Huguet. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — Dose nécessaire pour le traitement abortif de la blenorragie, par Diday. (*Ann. de dermat.*, X, 1.) — Nouveau traitement rationnel de la gonorrhée, par Chas. Smith. (*Lancet*, 1er sept.) — De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorragique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone, par Dormand. (*Thèse de Paris*, 26 déc.) — Du traitement de l'urétrite infectieuse par la thalline, par Istamanoff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 21.)

Bouche. — Rapports entre la strangurie et l'irritation de la muqueuse buccale ; observations faites sur lui-même, par Thomas. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 696, 20 août.) — Notes sur l'étiologie de l'ulcère buccal (gangrène de la bouche), par Alf. Lingard. (*Lancet*, 28 juillet.)

Bronche. — Un cas de bronchite pseudo-membraneuse, par Panara. (*Giorn. med. d. esercito Roma*, sept.) — Bronchite pseudo-membraneuse datant de 25 ans, par Kisch. (*Wiener med. Presse*, n° 33.) — Un cas de cancer primitif de la grosse bronche droite avec atélectasie totale de tout le poumon droit pendant 7 semaines, par O. Körner. (*München. med. Woch.*, n° 11, et *Centrbl. f. d. med. W.*, n° 44.)

Brûlure. — Le salol contre les brûlures, par Fato et Sabatelli. (*Incurabili*, n° 22.)

C

Cadavre. — De la rigidité cadavérique, par Hermann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 777, 17 septembre.)

Cancer. — La nature parasitaire des tumeurs cancéreuses, par Lampiasi. (*Rome.*) — Le microbe du cancer, par Denucé. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, n° 50.) — Des infusoires parasitiques du sang dans le cancer, par Braun. (*Cent. f. Bacter.*, V, 4.) — Quelle est la cause de l'infection cancéreuse? par J. Braithwaite. (*Lancet*, 18 août.) — De la nature et de la cu-

rabilité du cancer, par Van den Corput. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, avril.) — Recherches bactériologiques sur le cancer, par Sanarelli. (*Boll. d. sez. dei. cultor. di sc. med. Siena*, n° 7.)—Etiologie et diagnostic du carcinome et du sarcome, par Pacinotti. (*Riv. veneta di sc. med.*, août.) —Sur la théorie chimique de la cachexie cancéreuse, par Pilliet. (*Progrès médical*, 22 déc.) — Infection cancéreuse localisée aux ganglions rétropéritonéaux, à l'estomac, à la plèvre, par Maragliano. (*Gaz. d. ospit.*, n° 58.) — Carcinose aiguë généralisée, par Saenger. (*Soc. méd. de Hambourg*, 12 juin.) — Carcinose généralisée, par Tison. (*Bull. Soc. anat.*, p. 833.) — Adénopathies sus-claviculaires, inguinales et axillaires dans un cas de cancer de l'ovaire, par Troisier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 décembre.)— Traitement du cancer par les injections parenchymateuses d'eau ozonisée, par Reichert. (*München. med. Woch.*, 4 sept.) — La térébenthine de Chio dans le traitement du cancer, par D. Lewis. (*N. York med. journ.*, p. 65, 21 juillet.)

Cartilage.—Ablation d'une tumeur cartilagineuse située dans les tissus sous-cutanés de la région interne du genou, par Howard Marsh. (*Lancet*, 22 déc.)

Cellule. — Méthode pour rendre évidentes les figures karyokinétiques, par Martinotti et Resegotti. (*Zeit. f. wiss. Mikrosk.*, IV, 3.)—Etude critique sur la phagocytose de Metschnikoff, par Bitter. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, p. 318.)

Cerveau. — De la dissection du cerveau, par Becigneul. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Histogenèse de l'écorce cérébrale, par Bellomi et Stefani. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Variations dans le grand hippocampe et les éminences collatérales dans le cerveau humain, par R. Howden. (*Journ. of anat. and physiol.*, janv.) — Remarque relativement à l'affirmation de Rossbach et Schrwald sur les espaces de His, par Frommann. (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 47.) — Contribution à l'étude de la surface du cerveau, par Benedikt. (*Wiener med. Jahrb.*, Heft. 2.) — Etude sur les voies de conduction optique du cerveau, par Richter. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2) — Cerveau et civilisation, par Meynert. (*Wiener klin. Woch.*, 11 oct., et *Revue scient.*, 24 nov.) — Action de quelques substances sur le pouls cérébral, par Petrazzani. (*Riv. di freniatria*, XIV, n°s 3 et 4.)—Contribution à la physiologie des ganglions cérébraux sous-corticaux et de leurs relations avec l'attaque d'épilepsie, par Ziehen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 696, 20 août.) — Influence des excitations du cerveau sur les principales fonctions organiques, par François Franck. (*Soc. biologie*, 6 oct.)—Recherches sur la rapidité des réactions motrices réflexes et cérébrales et sur les influences qui les font varier, par François Franck. (*Soc. biologie*, 6 oct.)— Recherches thermo-électriques sur l'écorce cérébrale en rapport avec les états émotifs, par Tanzi. (*Riv. di freniatria*, XIV, n°s 3 et 4.) — De l'excitabilité de la substance grise dans la zone motrice de l'écorce cérébrale, par Aducco. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, n° 12, et *Arch. ital. de biologie*, XI, 1.) — Localisation corticale des sensations cutanées, par C. Dana. (*Boston med. jour.*, 4 octobre, p. 329.) — Localisations cérébrales : leur importance dans la pratique et la chirurgie, par Ch. Mills et Roswell Park. (*Journ. of amer. Assoc.*, 6 octobre, p. 492.)—Un cas d'hydrocéphalie, volume extraordinaire, par Tuczek et Cramer. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Hydrocéphalie congénitale à développement rapide ne donnant lieu à aucun symptôme chez un enfant de 3 mois, par Ehrenhaus. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 954, 19 novembre.) — Autopsie d'un hydrocéphale chronique (38 ans), par Blackburn. (*Journ. of amer. Assoc.*, 4 août, p. 159.) — Les porencéphalies, par Audry. (*Revue de médecine*, juin et juillet.) — Contri-

bution à la sclérose diffuse de l'encéphale, par H. Schmaus. (*Archiv f. path. Anatomie und Physiologie*, CXIV, 1.) — Paralysie bulbaire avec lésions d'autres parties du système nerveux, par Ritchie. (*Glasgow med. journ.*, déc.)—Nature de la névrite optique symptomatique d'affections cérébrales, par Manz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 676, 13 août.) — Hémorragie protubérantielle dans le cours d'un mal de Bright, par Baker. (*Boston med.*, 13 décembre, p. 572.) — Embolie de l'artère cérébrale moyenne, hémiplégie gauche, endocardite ulcéreuse, convulsions, infarctus de la peau, par Sharpless (*Philad. neurol. Soc.*, 22 oct.)—Note sur l'aphasie, par Bianchi. (*Rivista clinica e terapeutica*, 9 juillet.) — Un cas d'aphasie motrice traumatique, par Puni. (*Gaz. d. ospit.*, n° 63.) — Musicien aphasique lisant les notes, mais ne pouvant ni les chanter, ni les jouer, par Kast. (*Berlin. klin, Woch.*, p. 696, 20 août.) — Etude sur la dysmnésie générale, par Freund. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Chirurgie du cerveau basée sur les localisations, par R. Park. (*N. York med. journ.*, p. 479, 3 nov.) — La chirurgie du cerveau et de la moelle épinière (Rev. gén.), par J. E. Pilcher. (*Annals of surgery*, octobre, p. 261.) — Sur la guérison des plaies du cerveau, par Spijarny. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*) — Dangers des blessures des sinus de la dure-mère, par Ferrari. (*Arch. per le sc. med.*, XII, 4.) — Plaie des lobes frontaux par balle de revolver, mort par encéphalite, par Dagron. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 917.) — Deux cas de blessures de tête avec symptômes cérébraux localisés, par Heusner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 851.) — Sur la compression du cerveau et de la moelle épinière chez l'homme, par Adamkiewicz. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 40.) — Abcès cérébral consécutif à une fracture du crâne, par F. W. Rockwell. (*N. York med. Journ.*, p. 565, 24 nov.) — Abcès traumatique du cerveau; trépanation; guérison, par J. Trumbull. (*Boston med. journ.*, 9 août, p. 142.) — Note sur deux cas d'abcès du cerveau, par Souques. (*Gaz. méd. Paris*, 10 nov.)—Abcès sous-dure-mérien de la région mastoïdienne, trépanation, mort, carie du rocher et abcès du cervelet, par Chipault. (*Soc. anat.*, p. 856, nov.) — Abcès idiopathique du cerveau communiquant avec l'extérieur, par Sotis. (*Giorn. med. del R. Esercito*, juillet.) — Trois cas de tumeurs cérébrales, par S. Webber. (*Boston med. jour.*, 20 sept., p. 277.) — Tumeur du corps pituitaire, par Le Noir. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1016.) — Gliomes multiples du cerveau, par Meynert. (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 juin.) — Cancer épithélial du corps pituitaire, par Saundby. (*Birmingham and Midland counties branch*, 26 oct.) — Deux cas de tumeur intracranienne : 1° fibro-sarcome de la région cérébelleuse; 2° sarcome du volume d'un œuf de poule au niveau de la 2e circonvolution ascendante du côté gauche, par Waetzoldt. (*Charité Annalen*, p. 211.)

Césarienne (Op.). — L'opération césarienne comparée à l'accouchement prématuré, artificiel, à la version, au forceps, à la craniotomie, et à l'accouchement spontané en cas de rétrécissements du bassin, par Carl Braun von Fernwald, publié par Egon Braun von Fernwald et Carl Von Herzfeld. (*Vienne.*) — Opération de Porro pour myomes multiples : survie de la mère et de l'enfant, par S. Mixter. (*Boston med. jour.*, 8 nov., p. 455.) — Opération césarienne et oophorectomie, par Gay. (*Americ. journ. of med. sc.*, nov.)

Champignon. — Les principaux champignons comestibles et vénéneux, par Th. Schneider. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 22, p. 690, 15 novembre.) — Des champignons de la bouche, par Miller. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 612.)

Charbon. — De l'immunité des grenouilles pour le charbon, par Petruschky.

(*Beit. zur path. Anat. de Ziegler et Nauwerck,* III, p. 357.) — De la destruction des bacilles du charbon dans l'organisme, par Frank. (*Cent. f. Bacteriol.*, IV, nº 23.) — Charbon intestinal survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde; ingestion de lait d'une vache ayant au pis une pustule maligne, par Karlinski. (*Berl. klin. Woch.*, 22 oct.) — Pustule maligne, excision, guérison, par J. W. Sanders. (*Lancet*, 22 déc.) — Traitement de la pustule maligne, par Haberkorn. (*Cent. f. Chir.*, nº 52.) — Traitement de la pustule maligne sans le cautère actuel, par Calo. (*Gaz. d. ospit.*, nº 58.)

Chimie. — Des applications de la spectrophotométrie à la chimie physiologique, par Lambling. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.)

Chirurgie. — Statistique critique des opérations pratiquées en 1888-89, par Trélat. (*Bull. méd.*, 25 nov.) — Sémiotique et diagnostic chirurgical général, par Witzel. (*Bonn.*)—Service chirurgical de l'hôpital Isaac Pereire, par Leriche. (*Thèse de Paris*, 27 déc.)

Chlorose. — Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac, par Couturier. (*Thèse de Paris*, 29 nov.) — Traitement de la chlorose grave par l'arsenic, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, déc.)

Choléra. — Le choléra en Espagne en 1885, par Verdierre. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Expériences biologiques et thérapeutiques sur le choléra, par Lœwenthal. (*Acad. des sc.*, 31 déc.) — Recherches expérimentales sur le bacille virgule de Koch, par Vincenzi. (*Bull. Accad. med. di Roma*, avril-mai.)—Des flagellées dans les bacilles du choléra asiatique, par Neuhauss. (*Cent. f. Bacter.*, V, 3.)—Nouvelle tentative de vaccination anticholérique, par Passerini. (*Gaz. d. ospit.*, nº 85.) — Les eaux potables et le choléra, par Leoni. (*Atti della 3ª riunione d'igien. ital.*) — Du choléra nostras, par Frank. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, p. 205.) — Résumé théorique et pratique des indications à suivre dans le traitement préventif et curatif du choléra asiatique, par Duboué. (*Bull. Acad. de médec.*, 26 déc.)—Traitement du choléra infantile, par W. P. Beach. (*N. York med. journ.*, p. 180, 18 août.)

Chorée. — De la nature de la chorée, par Chéron. (*Union médicale*, 27 novembre.) — Chorée, tics convulsifs et spasmes hystériques, par Dana. (*N. York med. Record.*, 3 déc. 1887.) — Chorée par imitation, par Schrœmann. (*Soc. méd. de Greifswald*, 2 juin.) — Chorée comme cause plutôt que résultat de l'endocardite, par Herringham. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Sur la chorée chronique progressive, par Hoffmann. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 3.) — Sur la chorée héréditaire, par Lenoir. (*Thèse de Lyon*, nº 437.) — Un cas de chorée héréditaire, par Zacher. (*Neurol. Centralb.*, nº 2.) — Relations de la chorée avec le rhumatisme articulaire aigu et l'endocardite, par Peiper. (*Deutsche med. Woch.*, nº 30, p. 609.) —Hémichorée rhumatismale, par Fœrster. (*N. York med. journ.*, 11 fév.) — De la chorée paralytique, par Cadet de Gassicourt. (*Journ. de méd. Paris,* 28 oct.)—Chorée (4 obs.), par G. Wheeler Jones. (*Journ. of amer. Assoc.*, 8 sept., p. 325.)— Chorée aiguë avec démence, par Powell. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 7 déc.)— Hémichorée chez un vieillard, absence de lésions à l'autopsie, par P. Sollier. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 592.)— Examen des yeux dans 50 cas de chorée, par de Schweinitz. (*N. York med. journ.*, 23 juin, p. 679.) — Un cas d'atrophie du nerf optique consécutive à la chorée, par William George Sym. (*Edinburgh med. journal,* mars.) — Traitement de la chorée par l'antipyrine, par Ardeber. (*Thèse de Bordeaux*, déc.)— Chorée et antipyrine, par Négrié. (In-8º, 18 p., *Bordeaux.*)—L'antipyrine dans la chorée, par Sacchi. (*Riv. veneta di sc. med.* sept.)

Choroïde.—Tumeur de la choroïde et cancer de l'estomac, par Gayet. (*Lyon. méd.*, p. 592, 23 déc.) — Sarcome caverneux de la choroïde, par Grossmann. (*The ophth. Review*, août, p. 229.)

Chromydrose. — Chromydrose, par Foot. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 14 déc.)

Cimetière. — Prescriptions sanitaires pour les cimetières. (*Sanitary Record.*, 15 nov.)

Circulation.—Mécanisme des circulations collatérales, par Nothnagel. (*Berl. klin. Woch.*, 6 août.) — Un second cas de pouls sous-unguéal veineux capillaire (dû à une insuffisance tricuspide relative), par M. Sacchi. (*La Riforma medica*, 27 septembre.) — Influence de la pression atmosphérique sur la circulation, par G. von Liebig. (*Archiv für Anat. u. Physiologie*, p. 235.) — La déplétion non sanglante de la petite circulation à l'aide de la constriction élastique des membres, par E. Haffter. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 513, 15 août.)

Climat. — La guérison à Davos, par T. Clifford Allbutt. (*Lancet*, 13 oct.)

Cœur. — Sur la persistance de l'accumulation des effets du nerf pneumogastrique sur le cœur anémié de la grenouille, par Laulanié. (*Soc. biologie*, 1er décembre.) — Nouvelles recherches sur un cas d'ectopie congénitale du cœur, par François Franck. (*Soc. biologie*, 17 novembre.) — La fréquence cardiaque chez les animaux à sang froid, par Moriggia. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — De l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur, par Gillet. (*Thèse de Paris*, 26 déc.) — Maladies du cœur dans la race nègre, par Kintzing. (*N. York med. journ.*, p. 713, 29 déc.) — Lésions cardiaques congénitales, par Schmaltz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 291.) — Types cliniques du cœur, par Sée. (*Gaz. des hôp.*, 4 déc.) — Les types cardiaques, par G. Sée. (*Union médicale*, 20 novembre.) — De l'enregistrement des bruits du cœur, par Krœpelin. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 669.) — Physiologie pathologique des affections valvulaires, par Riegel. (*Berl. klin. Woch.*, 14 mai.) — Origine des bruits organiques et inorganiques du cœur, par Rossi. (*Lo Sperimentale*, déc.) — Sur l'importance des retraits systoliques de la pointe du cœur, par Livierato. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.) — Cause du souffle mitral diastolique, par Rolleston. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Les conséquences des lésions valvulaires et leur compensation, par Dusch. (*Deutsche med. Woch.*, n 34, p. 689.)—Une série de cas de maladies de cœur, par West Roosevelt. (*N. York med. Record.*, p. 323, mars.) — Sur le rétrécissement tricuspide, par Leudet. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Du gonflement et de la rigidité des alvéoles pulmonaires, en cas d'insuffisance mitrale, par von Basch, Riegel, Exner, von Bamberger. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 654 et 655, 6 août.) — Du double souffle crural, par Duroziez. (*Trib. méd.*, 30 sept.) — De la coexistence d'une insuffisance aortique et d'une ataxie locomotrice, par Leyden, Remak, P. Guttmann et Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 956, 19 novembre.) — Anatomie pathologique de la maladie bleue, cyanose cardiaque, par Fallot. (In-8°, *Marseille.*) — Cause de la mort subite dans les affections du cœur, par Oliver. (*Clin. Soc. of London*, 14 déc.) — Hypertrophie graisseuse du cœur, par Forchheimer. (*Amer. J. of the med. sc.*, décembre, p. 549.) — Sur un cas d'affection complexe du cœur terminée par lithiase biliaire et suppuration du foie, par H. Mollière et Doyon. (*Lyon méd.*, 18 nov.) — De la nature des endocardites, par Sée. (*Bull. méd.*, 5 déc.) — Symptômes et diagnostic des endocardites, par G. Sée. (*Union médicale*, 25 décembre.) — Un cas d'endocardite infectieuse, par

Ssujetin. (*Voienno med.*, mars.)—Endocardite infectieuse, végétante, survenue à la suite d'un phimosis opéré; embolies multiples, par Lancereaux. (*Union médicale,* 13 décembre.)—Endocardite végétante ulcéreuse, hémiplégie droite, aphasie motrice, mort. Infarctus multiples, embolie de la sylvienne, par G. Bouisson. (*Bull. Soc. anat.*, p. 800.) — Endocardite tricuspidienne parasitaire consécutive à une thrombose suppurée de la veine axillaire du côté droit, par Malvoz. (*Revue de médecine,* mai, p. 356.) — De l'artério-sclérose du cœur, par Gingeot. (*Rev. gén. de clin. et thér.,* 13 déc.) — Calcification des valvules cardiaques; embolie cérébrale, par F. Sohon. (*Journ. of amer. Assoc.*, 8 sept., p. 340.)—Un cas de thrombose cardiaque par myocardite fibreuse consécutivement à la scarlatine avec emprisonnement de la partie thoracique du pneumogastrique gauche dans une masse de tissu cicatriciel, par Sommer. (*Charité Annalen,* p. 647.) — Péricardite hémorragique chez un tuberculeux, par Hudelo. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1024.) — Adhérence péricardique d'origine rhumatismale; hémorragie intra-péritonéale; mort, par Barrs. (*Lancet,* 28 juillet.) — Affection mitrale, péricardite intercurrente, disparition du bruit présystolique, par Williams. (*Brit. med. journ.*, 1er déc.) —Pyopéricardite, suite d'ostéomyélite, incision, mort, par Parker. (*Clin. Soc. of London,* 23 nov.) — Péricardite purulente traitée par l'aspiration et le drainage, par Dickinson. (*Ibid.*, 23 nov.) — Recherches sur la symptomatologie des névroses cardiaques, par Bamberger. (*Wiener klin. Woch.*, 1er nov.) — Contribution aux névroses cardiaques, par Honigmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 918.) — D'une forme de névrose cardiaque avec pouls bigéminé, par Luzzato. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.) — Etude thérapeutique de la digitale dans les affections organiques du cœur, par Courtade. (*Thèse de Paris,* 20 déc.)—Sur la gymnastique cardiaque, par de Giovanni. (*Congresso della Soc. ital. di medic. interna. Rome.*)—Traitement des affections valvulaires du cœur, par Da Costa. (*Americ. journ. of med. sc.*, nov.) — L'adonidine dans le traitement des maladies du cœur, par Thos. Oliver. (*Lancet,* 24 nov.)—Le traitement des cardiopathies, par Cardarelli. (*Congresso della Soc. ital. di medic. interna. Rome.*) — Mort rapide par coup de pied de cheval, rupture du cœur sans lésion du thorax, par Gobillot. (*Arch. de méd. milit.,* oct.)

Conjonctive. — Des divers antiseptiques en ophtalmologie, traitement des conjonctivites purulentes, par Vignes. (*Soc. d'opht. de Paris,* 4 déc.) — De la conjonctivite blennorragique, par Burchardt. (*Cent. f. prak. Augenh.,* mai.)—Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'infusé de jequirity, par Baseri. (*Riv. veneta di sc. med.,* sept.) — La diphtérie conjonctivale, par Vennemann. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 4, p. 346.)

Coqueluche. — Hémiplégie droite, paralysie de l'oculo-moteur gauche et hémiopie transitoire dans la coqueluche, par P. Silex. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 841, 15 octobre.) — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine, par Griffith. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.)—Emploi du benzol pur contre la coqueluche, par Macalister. (*Liverpool med. chir. journ.*, janv.)

Cordon ombilical. — Fragilité du cordon ombilical, par La Pierre. (*N. York med. Record.*, 17 déc. 1887.) — Rupture du cordon, par Squires. (*Ibid.* 17 déc. 1887.) — De la procidence du cordon, par Münchmeyer. (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 3.) — Prolapsus du cordon traité par la réduction manuelle, par W. J. Nicholls. (*Lancet,* 22 sept.)

Cornée. — 3 obs. de kératalgie traumatique, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 23 déc.) — Opacité congénitale de la cornée chez les deux sœurs, par R. Randolph. (*Amer. j. of the med. sc.*, décembre, p. 570.) — Kératotomie

et paracentèse dans les kératites suppuratives, par PARISOTTI. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 1.) — De l'opération hâtive du ptérygion, par F. W. MARLOW. (*N. York med. journ.*, p. 206, 25 août.) — Fibrome de la cornée, par SCOTT et STORY. (*Ophth. Review*, juillet, p. 214.) — Deux cas de dermoïdes du limbe scléro-cornéal, par GALLENGA. (*Giornale d. R. Acad. di med.*, nos 4 et 5.)

Corps étrangers. — Corps étrangers des voies aériennes, par LEYDEN. (*Soc. de méd. de Berlin*, 17 déc., et *Bull. méd.*, 23 déc.) — Corps étranger de la gorge ayant séjourné 9 mois, par HOPMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 29 oct.) — Corps étranger des bronches expulsé au bout de 7 ans, par SCHREIBER. (*Berl. klin. Woch.*, 17 sept.) — Découverte d'un drain tombé dans la cavité pleurale, au moyen de la lampe électrique introduite dans la poitrine, par WIESMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 549, 1er septembre.) — Morceau de verre dans l'œil pendant 7 ans et 94 jours, par REECE. *St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Des corps étrangers des oreilles, par JACQUEMART. (*Riv. mens. de laryng.*, 1er nov.) — Extraction des corps étrangers de l'œsophage, par CRÉQUY. (*Gaz. des hôp.*, 8 nov.) — Corps étranger de l'œsophage, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 4 sept.) — Pièce de monnaie dans l'œsophage depuis 4 mois, par DOYLE. (*Lancet*, 10 nov.) — Corps étranger du rectum ; ablation, par MAC MORDIE. (*Lancet*, 28 juillet.) — Corps étrangers de la vessie, par RUSCONI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 104.) — De la recherche des corps étrangers métalliques à l'aide de la sonde téléphonique et de la balance d'induction, par KAUFMANN. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 15 octobre.) — De la recherche des corps étrangers métalliques par le téléphone, par W. SAHLI (1 cas d'insuccès dans la cuisse). (*Ibid.*, 15 novembre.)—De l'importance des corps étrangers dans les plaies, par A. FRAENKEL. (*Wiener klin. Woch.*, 25 oct.) — Deux cas d'extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face, par CHAUVEL. (*Bull. Acad. de médec.*, 9 oct.) — Tolérance des tissus pour les corps étrangers, par LANCELOT. (*Lancet*, 20 nov.)

Couleur. — Réponse aux objections de Kries contre la théorie du contraste des couleurs, par HERING. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XLII, p. 488.)

Crâne.—Données comparées sur 2,000 crânes indiens du United States army medical Museum, par R. W. SHUFELD. (*Journ. of anat. and physiol.*, janv.) — Lésion multiple des nerfs cérébraux à la suite de fracture de la base du crâne, par BRUNO. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Fracture comminutive du crâne avec lésion du cerveau; opération; guérison, par M. MASON. (*Lancet*, 22 décembre.) — Fracture grave du crâne avec enfoncement et paralysie oculaire; trépanation; guérison, par M. BRYANT. (*Lancet*, 10 nov.) — Fracture comminutive du crâne, par HARRINGTON. (*Boston med. journ*, 27 déc., p. 630.) — Un cas de fracture compliquée du crâne, avec enfoncement et issue de la matière cérébrale; opération; guérison, par WILLIAM ANDERSON. (*Lancet*, 11 août.) — Fractures multiples du crâne; méningite de la base; trépanation; mort; autopsie, par PRINCETEAU et LAMARQUE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 nov.) — Fracture du crâne; contusion de l'encéphale; contracture généralisée contre-indiquant la trépanation; mort; par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 18 déc.)—Plaie par arme à feu de la portion pétreuse du temporal; paralysie faciale et douleur interne guéries par l'extraction de la balle, par W. B. C. TREASURE. (*Lancet*, 22 sept.) — Hémiopie causée par une plaie pénétrante du crâne ayant détruit le lobe occipital, par MARCHAND. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 958, 19 novembre.) — Fracture du crâne par coup de hache; guérison sans accidents, par RODZEWICZ. (*Russkaia Meditzina*, n° 38, 1887.) — Suppuration intracrânienne à signes obscurs;

nécropsie, par W. Gem. (*Lancet*, 4 août.) — Tumeur congénitale de la petite fontanelle, par Willemer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 877, 22 octobre.)

Criminel.—Le monde des prisons, par Gautier. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, 15 sept.)

Cristallin.—Sur les courbes bipolaires de Thomas, observées sur les sections de la lentille cristallinienne, par L. Matthiessen. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XLII, p. 506.) — Nutrition du cristallin et opacité du cristallin, par Magnus. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 814.) — Opacités de la face antérieure du cristallin d'une forme anormale; indication opératoire, par Burchardt. (*Charité Annalen*, p. 655.) — Forme particulière de dégénérescence du cristallin, par Doyne. (*Opht. Soc. of unit. kingd.*, 13 déc.) — Contribution à l'hérédité de la cataracte (7 cas dans une famille en 3 générations), par F. Hosch. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* n° 19, p. 599, 1er octobre.) — Sur la vue rouge ou l'érythropsie, par Dufour. (*Rev. méd. Suisse romande,* VIII, p. 201.) — Erythropsie dans l'aphakie, par Westhoff. (*Centrbl. f. d. med. W.*, p. 918.) — Extraction de cataracte double sans iridectomie, par de Mets. (*Bull. Soc. méd. d'Anvers,* déc.) — De l'extraction de la cataracte avec ou sans iridectomie, par Berger. (*Thèse de Lyon*, n° 439.) — Un cas d'extraction de cataracte sans iridectomie, par Rosenfeld. (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 avril.) — De l'extirpation d'une cataracte calcaire avec synéchie postérieure, par Webster. (*N. York med. Record.*, p. 390, sept.) — De l'opération aseptique de la cataracte par désinfection des instruments et des linges de pansement à l'aide de la chaleur, par J. Hirschberg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 761, 17 septembre.) — Sur les traumatismes du cristallin, par Caudron. (*Rev. gén. d'opht.*, déc.) — Un nouveau couteau à cataracte, par Inouge, de Tokio. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, août-sept.) — Nouvelle forme de couteau à cataracte, par Jackson. (*Americ. ophtalm. Soc.*, juillet.) — Luxation spontanée du cristallin, par Norsa. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 4.)

Cysticerque. — Du cysticerque dans le cerveau, par Bollinger. (*München. med. Woch.*, n° 31.) — Nouvelles observations de cysticerques intra et extra-oculaires, par de Vicentiis. (*Rivista clinica e terapeutica*, juillet.)

D

Daltonisme. — Les daltoniens dans le recrutement maritime, par Maréchal. (*Soc. d'ophtalm. de Paris*, 4 décembre.) — De la perfectibilité du sens chromatique dans l'espèce humaine, par Deneffe. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, avril.)

Démographie. — Le mouvement comparé de la population à Marseille et dans les Etats d'Europe, par Mireur. (2e édit., 395 p., *Marseille.*) — La natalité en France, par Turquan. (*Rev. scientif.*, 15 déc.) — Etude démographique de la diminution ou de l'accroissement des familles, par Lagneau. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 octobre.) — La fécondité des mariages aux Pays-Bas et les causes de ses variations, par Beaujon. (*Journ. Soc. statist. de Paris*, septembre.)

Dengue. — La dengue en Égypte, par Sandwich. (*Lancet*, 21 juillet.) — Relation d'une épidémie de dengue, par Dabney. (*Amer. journ. of med. sc.*, p. 488, novembre.)

Dent. — Recherches sur l'état de la dentition chez les soldats russes, par Jaworsky. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*)

Désinfection. — De la désinfection, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 15 déc.) — Des désinfectants, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 nov.) — Théorie et pratique de la désinfection, par Soyka. (*Prag. med. Wochenschr.*, n° 15, et *Centralbl. f. d. med. W.*, p. 647.) — La désinfection des habitations, par Th. Smith. (*N. York med. journ.*, p. 117, 4 août.) — La désinfection des mains du médecin, par Fürbringer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 385.) — De la désinfection de la peau et particulièrement des mains, par Landsberg. (*Viertelj. f. Dermat.*, XV, 5.) — Sur la désinfection des mains, par Mugnai. (*Gaz. d. ospit.*, n° 63.) — Sur une nouvelle méthode de désinfection des mains du chirurgien, par Roux et Reynés. (*Acad. des sc.*, 26 nov.) — Une étuve à désinfection, par G. van Overbeek et Meijer. (*Rev. d'hyg.*, X, 677, août.) — Recherches sur la valeur de différents appareils de désinfection, par Salomonsen et Levison. (*Zeits. f. Hygiene*, IV, p. 94, et *Centralbl. f. d. med. W.*, n° 46. (Au premier rang l'appareil de Geneste Herscher.)

Diabète. — Diabète d'allaitement, par Davenport. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Sur le diabète sucré, par Cantani. (*Congresso della Soc. ital. di medic. interna, Rome.*) — L'acétonurie et ses rapports avec le coma diabétique, par West. (*Royal med. and chir. Soc.*, 27 nov.) — Sur le glycogène dans l'urine des diabétiques, par W. Leube. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXIII, 2.) — Polyurie avec symptômes localisés, par Robertson. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 19 oct.) — Observation de pratique sur le diabète et la polyurie, par Eichhorst. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juillet.) — Albuminurie dans le diabète sucré, par H. C. Coe. (*N. York med. journ.*, p. 88, 28 juillet.) — Deux cas de gangrène du pied dans le diabète sucré, par Schuster. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 904.) — De la gangrène diabétique, par Hune. (*Med. News*, 22 déc.) — Des phlegmons et gangrènes diabétiques, par Max Schuller. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 et 26 novembre, et 3 décembre.) — Diabète, accidents attribuables à une intoxication par les acides formique et oxybutyrique; infusion alcaline intra-veineuse, coma, mort, par Lépine. (*Rev. de méd.*, déc.) — Diabète sucré, apparition de papules et de nodosités lichénoïdes, xanthome des diabétiques, par Barlow. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 23.) — Atrophie des organes génitaux de la femme dans le diabète sucré, par Nebel. (*Centr. f. Gyn.*, 4 août.) — Progrès de l'hygiène alimentaire chez les diabétiques, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 26 déc.) — De la farine de gluten et d'un nouveau pain à l'usage des diabétiques, par Woltering. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 772, 17 septembre.) — Jumbul dans la glycosurie, par Mahomed. (*Practitioner*, déc.)

Digestion. — Sur la digestion normale du lait, par Biedert. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, XXVIII, 3 u. 4.)

Diphtérie. — La diphtérie en Norvège, par Axel Johannesen. (*Christiania.*) — L'épidémie de croup de 1888, par Becsi. (*Orvosi hetilap.*, n° 42.) — Les fausses membranes du croup et de la diphtérie sont-elles identiques? Oui, par Love. (*Philad. med. Times*, n° 541, p. 749.) — Néphrite aiguë pendant la convalescence d'une diphtérie, par Binet. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 418.) — De l'arrêt du cœur dans la diphtérie, par Lewis Smith. (*N. York med. Record*, p. 574, 10 nov.) — De la myocardite infectieuse diphtéritique, par Huguenin. (*Rev. de méd.*, déc.) — Un cas de paralysie diphtéritique, par Flesch. (*Münch. med. Woch.*, n° 48.) — De la manie aiguë post-diphtéritique, par Masucci. (*Rassegna crit. int. d. mal. della*

gola, I, n° 4.) — 122 cas de trachéotomie pour diphtérie, 75 morts, par Kahrs. (*Norsk. Mag. f. Lagevid.*, juin.) — Trachéotomie dans le croup et la diphtérie, 214 cas, 119 morts, par Jenny. (*Inaug. Diss.*, *Bâle.*) — Du croup dans ses rapports avec la trachéotomie, par Hames. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — La diphtérie et son traitement, par Gibbes Murray. (*Therap. Gazette*, n° 10, oct.) — Traitement de la diphtérie, par Turilazzi. (*Raccoglitore med.*, n° 17.) — Des médicaments antiseptiques dans la diphtérie, par F. Engelmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 945.) — Traitement de la diphtérie par les pulvérisations de poudre de sucre, par Lorey. (*Ibid.*, n° 46, p. 944.) — Le traitement de la diphtérie chez les enfants par les vapeurs antiseptiques, par Pairman. (*Med. chir. Soc. Edinburgh*, 19 déc.) — Deuxième communication sur le traitement de la diphtérie par les cautérisations phéniquées, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 novembre.) — Note au sujet du traitement de la diphtérie par les cautérisations antiseptiques, par Roulin. (*Union médicale*, 4 déc.) — Traitement de la diphtérie (inhalations térébenthinées, irrigations eau de chaux et acide phénique), par Schmeidler. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, n° 4.) — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie, par Paterne. (*Bull. de thérap.*, 15 octobre.) — Deux cas de diphtérie guéris par les douches à la solution de phénate de soude, par Barrois. (*Union médicale*, 23 octobre.) — Traitement de la diphtérie par l'iodoforme, par Pulawski. (*Gazeta lekarska*, n° 36.) — Du perchlorure de fer dans la diphtérie et les angines, par Kurtchinsky. (*Vratch*, n° 8.) — Du perchlorure de fer dans la diphtérie, par Goldschmidt. (*Bull. de thérap.*, 1er juillet, 30 octobre.) — Technique du traitement local des angines couenneuses par le perchlorure de fer, par Marais. (*Soc. de méd. de Caen*, 7 déc.) — Traitement de la diphtérie, du croup et de l'angine couenneuse (borax), par Noel. (In-16, *Mâcon.*) — De la papaïne et du veratrum viride dans la dipthérie, par J. Bruce. (*New York med. Record*, p. 448, oct.) — De la diphtérie et de son traitement par le peroxyde d'hydrogène, par G. Hope. (*Ibid.*, p. 447, oct.)

Dysenterie. — Dysenterie septique, par Brown. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 18 août.) — Note sur le traitement de la dysenterie, par S. L. Dobie. (*Lancet*, 4 août.) — Traitement de la dysenterie chronique, par G. Stack. (*Lancet*, 20 nov.) — Dysenterie chronique et entéroclisme, par Belleli. (*Gaz. d. ospitali*, n° 82.) — Le traitement de la dysenterie aiguë, par Belleli. (*Gaz. d. ospit.*, n° 92.)

E

Eau. — Les relations de l'eau potable avec l'étiologie des maladies infectieuses, par Smith. (*Albany med. Annals*, n° 11.) — L'eau potable et les maladies infectieuses, par Uffelmann. (*Wien. med. Presse*, n° 37, p. 1321.) — Examen bactériologique de l'eau de Vienne, par Kowalski. (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 mai.) — De l'approvisionnement d'eau, par Ferquet. (*Thèse de Paris*, 29 nov.)

Eaux minérales. — Étude physiologique et thérapeutique de Bourbonne-les-Bains, par Boutarel. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Brides-les-Bains, par H. Blanc. (*Lancet*, 18 août.) — Recherches sur la puissance thérapeutique des cures d'eau minérale dans les cas d'anémie, par C. Reinl. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX B ; II H ; page 185.) — Les sources sulfureuses d'Angleterre. Leur action thérapeutique, par V. M. Squire. (*Lancet*, 4 août.)

Éclampsie. — Eclampsie et accouchement prématuré artificiel, par Lœhlein. (*Centr. für Gyn.*, 1er décembre.)

Ecthyma. — Ecthyma térébrant de l'enfance, recherches bactériologiques, par Baudoin et Wickham. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 12.)

Électricité. — Nouveau manche universel pour les opérations galvano-caustiques, par A. Kuttner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 771, 17 septembre.) — Nouvelle machine électrique, par Lewandowski. (*Wien. med. Presse*, n° 23, p. 833.) — Pile de laboratoire, par N. Gréhant. (*Soc. Biologie*, 20 oct.) — Sur un voltamètre enregistreur, par P. Regnard. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Appareils techniques pour les recherches physiologiques. Modifications des commutateurs électriques, par R. Ewald. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XLII, p. 467.) — Nature des excitations électriques qu'on obtient sur les nerfs et les muscles avec la méthode unipolaire, par Negro. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, n° 12.) — De l'excrétion d'urée sous l'influence des bains faradiques mono- et bipolaires, par Lehr. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Décomposition électrolytique des tissus organiques, par G.-H. Rohé. (*N. York med. Journ.*, p. 589, 1er déc.) — Nouvelles expériences de cataphorèse électrique avec applications thérapeutiques, par Boccalari et Manzieri. (*Rivista clinica e terap.*, avril.) — Les courants électriques et les paralysies, par Paolucci. (*Raccoglitore med.*, n° 13.) — Sur l'application de l'électrolyse, par Tripet. (*Bull. de thérap.*, 15 déc.) — Influence de la lumière électrique sur les yeux, par Lubinsky. (3e *Cong. des méd. russes Saint-Pétersbourg.*) — La lumière électrique est-elle nuisible pour l'œil, par Gould. (*Med. News*, 8 déc.) — Observation d'un coup de soleil électrique à bord du *Japon*, par Prat. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Réactions électriques chez une hystérique, comparaison avec celles de la maladie de Thomsen, par Marina. (*Riv. di frenatria*, XIV, nos 3 et 4.) — Emploi de l'électricité dans les arthrites subaiguës et chroniques, dans les cals osseux et dans les rigidités des mains consécutives aux phlegmons, par J. Lumbroso. (*Lo Sperimentale*, juin.) — De l'électricité statique dans le rhumatisme musculaire, lumbago aigu guéri en une seule séance d'électricité, par Labbé. (*Journ. de méd. Paris*, 23 déc.) — De l'emploi de l'électricité en gynécologie, par W. S. Playfair. (*Lancet*, 21 juillet.) — Electrolyse dans les flexions utérines, par Grandin. (*N. York med. Journ.*, p. 701, 30 juin.) — L'electrolyse dans les maladies de l'utérus et des autres organes pelviens, par Mayo Robson. (*Lancet*, 25 août.) — Traitement de l'ascite par l'électrisation, par Lemoine. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — De la substitution de l'électrolyse à la section produite par les instruments tranchants dans les organes profondément situés, par Fort. (*Bull. de thér.*, 30 nov.) — Sur les applications de l'électrolyse au traitement des tumeurs, par Darin. (*Acad. des Sc.*, 26 nov.)

Éléphantiasis. — Éléplantiasis du scrotum avec hernie, extirpation du scrotum, cure radicale de la hernie, par Simon. (*Brit. med. journ.*, 8 déc.)

Embryon. — Comparaison du développement des muscles chez l'embryon humain et chez les animaux à l'état adulte, par K. Aswadouroff. (*Soc. Biologie*, 6 octobre.)

Embryotomie. — Deux observations d'embryotomie, par Frascani. (*Ann. di ostetr. e gin.*, juillet.) — De l'embryotomie, par Bonnaire. (*Progrès médical*, 5 mai.) — Embryotomie, nouvelle suture, par Auvard. (*Archiv. de tocol.*, oct.)

Empoisonnement. — Effets toxiques de la cocaïne, par D. Mowat. (*Lancet*,

13 oct.) — Phénomènes d'intoxication après instillation dans la conjonctive d'une solution de cocaïne à 4 0/0, par BURCHARDT. (*Charité Annalen*, p. 653.) — Intoxications graves par la cocaïne, par HAENEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct.) — Traitement des morphinomanes et des cocaïnomanes à la période de convalescence, par LEVINSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 715.) — Empoisonnement par la belladone, par A. SMITH. (*Lancet*, 1 et 7 oct.) — Cécité passagère due à l'usage de la teinture d'opium, par HAMMERLE. (*D. med. Woch.*, n° 41, p. 838.) —Empoisonnement par l'opium, par EASBY. (*Lancet*, 15 sept.) — Empoisonnement aigu par 15 grammes d'opium, guérison par lavages stomacaux au tanin, par WIDMER. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, p, 472, 1er août.) — Sur l'empoisonnement aigu par la morphine. Note clinique et expérimentale, par LUIGI LUCATELLO. (*Rivista clinica e terap.*, avril.) — Morphinomanie, guérison par suppression brusque (3 observations) par CHRISTIAN, RITTI et BRIAND. (*Soc. méd. psychol.*, 26 nov.) — Empoisonnement par l'atropine (3 obs.), par L. ELLIOT et MACKONE. (*J. of Amer. med. Assoc.*, 1er sept.) — Empoisonnement par l'aconitine et la belladone, par R. JONES. (*Lancet*, 18 juin.) — La strychnine comme antidote dans l'empoisonnement par les narcotiques, par GIBSON. (*Practitioner*, déc.) — Empoisonnement chez une brightique par la liqueur de Baumé, disparition des accidents rénaux, par LARTIGUE. (*Courrier méd.*, 8 déc.) — Empoisonnement par la strychnine (rapport chimique), par L.-D. L'HÔTE et GABRIEL POUCHET. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 319, octobre.) — Folie passagère produite par l'inhalation de la fumée de feuilles de stramoine, par J. T. J. BLANCARD. (*Lancet*, 20 oct.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique. Lésions pulmonaires et gastriques, par H. VAQUEZ. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 546.) — Examen histologique, par LETULLE. (*Ibid.*, p. 549.) — Empoisonnement par l'acide cyanhydrique, par CH. VIBERT et L.-D. L'HÔTE. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 235, septembre.) — Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, par LAMBLING. (*Rev. biol. du nord de la France*, oct.) — Discussion de la Société médicale de Genève sur les accidents dus à l'antipyrine. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 634, oct.) — Empoisonnement par l'antifébrine, par C.-S. FREUND. (*D. med. Woch.*, n° 41, p. 834.) — Modifications dans la moelle épinière de l'homme à la suite de l'empoisonnement par l'arsenic, par M. POPOFF. (*Archiv f. path. Anat. u Physiol.* CXIII, 2.) — Empoisonnement volontaire par le chlorate de potasse, par SCHUCHARDT (*D. med. Woch.*, n° 41, p. 835.) — Sur la présence de globules sanguins à noyau dans l'empoisonnement par le chlorate de potasse, par MITTENZWEIG. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte*, n° 9, et *Centralbl. f. d. med. W.*, n° 40.) — Nouvelles recherches sur la toxicité du bismuth, par DALCHÉ et VILLEJEAN. (*Bull. de thérap.*, 15 nov.) — Un nouveau cas d'intoxication par les sels de cuivre, par RAYNAUD. (*Bull. de thérap.*, 30 oct.) — Tremblement mercuriel, par SUCKLING. (*Midland med. Soc.*, 28 nov.) — De l'empoisonnement par le sublimé, etude clinique et anatomo-pathologique, par KAUFMANN. (*Breslau.*) — Trois cas d'empoisonnement (oxyde rouge de mercure, sublimé corrosif et dinitrotoluène), par ORD. (*Lancet*, 22 sept.) — Les empoisonnements par les poêles mobiles, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 30 déc.) — Quelles sont les doses de gaz ou de vapeurs toxiques qui pourraient détruire des animaux nuisibles ? par N. GRÉHANT. (*Soc. Biologie*, 27 oct.) — Démence aiguë dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par THOMSEN. (*Berl. klin. Woch.*, 13 août.) — De la saignée suivie de transfusion de sang dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, guérison, par STOCKER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — Intoxication par un fard de couleur verte, par WARD. (*Lancet*, 21 juillet.) — Affaire des vins empoisonnés d'Hyères, par V. CONGIT. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 348, octobre.) — Empoisonnement par des légumes cuits dans un vase de plomb,

par Fallon Percy. (*Lancet*, 8 déc.) — Empoisonnement par du pain moisi, par Edw. Bonsfield. (*Lancet*, 13 oct.) — Empoisonnement par les moules, remarques sur la nature du poison, par W. Permewan. (*Lancet*, 22 septembre.)

Enfant. — Manuel de pédiatrie, par A. von Hüttenbrenner. (2e édition revue, *Vienne*.) — Recherches sur la mortalité des nourrissons en Suisse, par G. Rheiner. (*Zurich*.) — Mécanisme de la formation du fœtus, par Fr.-E. Cane. (*Lancet*, 29 sept.) — Des mesures antiseptiques dans l'hygiène des nouveau-nés, par Epstein. (*Prager med. Woch.*, n° 40.) — Alimentation artificielle des nouveau-nés, par Schmidt. (*Berlin*, 1888.) — Couvage, gavage et allaitement par le nez, par de Saint-Philippe. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 21 oct.) — De la thermométrie dans la pathologie infantile, par Pauvert. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — Sclérome infantile et paralysie, par Angel Money. (*Lancet*, 27 octobre.) — Hémorragie cérébrale chez un enfant de 19 mois, par R.W. Murray. (*Lancet*, 1er sept.) — Nouvel appareil pour le traitement de la paralysie infantile, par J. Walsham. (*Lancet*, 28 juillet.) — Tumeur du cerveau chez un enfant, par Finlayson. (*Glasgow path. clin. Soc.*, 10 déc.) — De la congestion pulmonaire idiopathique chez les enfants, par Hamon. (*Thèse de Paris*, 20 déc.) — Sur la pneumonie fibrineuse dans l'enfance, par von Dusch. (*Jahrbuch. für Kinderheilkunde*, XXVIII, 3 et 4.) — De quelques stomatites de l'enfance, par Comby. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, oct.) — Un cas de choléra nostras chez un enfant de 6 ans, par Legrand. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, nov.) — Diarrhée estivale des enfants, par J.-M. Jouey. (*N. York med. Journ.*, p. 344, 29 sept.) — Acide lactique dans la diarrhée infantile, par F.W. Shaw. (*N. York med. Journ.*, p. 123, 4 août.) — Injections de glycérine dans la diarrhée des enfants, par Rice. (*Practitioner*, déc.) — Hémorragie mortelle avec ictère chez un enfant de 7 jours, par Stal Scott. (*Lancet*, 28 juillet.) — Atrophie jaune du foie chez l'enfant, par Carm. Ross. (*Lancet*, 19 mai.) — Pyschose urémique chez un enfant, par Henoch. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 mars.) — Les maladies du rein chez l'enfant, l'urémie, l'ammoniémie, par V. Jacksch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 809.) — Sarcome du rein chez un enfant de 9 mois, par Guillet. (*Bull. Soc. Anat.*, 1887, p. 777.) — Gangrène symétrique consécutive à une varicelle chez un enfant de 4 ans (observation douteuse), par Bellamy. (*Brit. med. Journ.*, avril, p. 780.) — Diagnostic différentiel des éruptions du cuir chevelu dans l'enfance, par Barbarat. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Polypes du vagin chez les enfants, par Kolisko. (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 mai.) — Étiologie de la vulvo-vaginite de l'enfance, par Pott. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.) — De la leucorrhée infantile, par Reeves Jackson. (*Weekly med. Rev.*, oct.) — Un cas de carcinome de l'utérus chez une petite fille de 8 ans, par F. Ganghofner. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, n° 4, page 337.) — Maladies chirurgicales de l'enfance, par Piéchaud. (In-8° 460 p., *Bordeaux*.) — Du céphalématome chez le nouveau-né, de son étiologie, par Morain. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Kyste synovial du creux poplité chez un enfant, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 27 nov.) De la pronation douloureuse chez les jeunes enfants, par Pollosson. (*Province méd.*, 3 nov.) — De la coxalgie chez les enfants et de son traitement par la résection, par G.A. Wright. (*Londres*, 1887, in 8°, 246 p.) — De l'emploi des attelles dorsales de Kœnig dans la coxalgie et la fracture du fémur chez les enfants, par Wilhelm von Muralt. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 474, 1er août.) — Emploi du chariot au lieu de béquilles chez les petits coxalgiques, par Wilhelm von Muralt. (*Ibid.*, p. 475. août). — De la cholécystotomie chez les enfants, par E. Vincent. (*Revue de chirurgie*, n° 9, p. 753.) — Sur la benzaniline dans la thérapeutique infan-

tile, par Kahn. (*Jahrburh für Kinderheilkunde*, XXVIII, 3 et 4.) — Observations sur l'emploi des lavements de glycérine chez les enfants, par G. Alf. Carpenter. (*Lancet*, 20 nov.)

Épilepsie. — Deux cas d'épilepsie procursive, par Hare. (*Med. News*, 17 nov.) — Migraine et épilepsie, par Samuel Wilks. (*Lancet*, 11 août.) — Fréquence de l'apophyse lémurienne chez les épileptiques, par Ch. Féré. (*Soc. Biologie*, 10 novembre.) — De la fréquence des accès d'épilepsie suivant les heures, par Ch. Féré. (*Ibid.*) — L'heure de la mort à la Salpêtrière et à Bicêtre, par Ch. Féré. (*Ibid.*) — État du fond de l'œil pendant l'attaque épileptique, par Knies. (*Berl. klin. Woch.*, 13 août.) — Note sur la plus grande rapidité de l'élimination de certains médicaments par les urines à la suite de l'accès d'épilepsie, par Ch. Féré. (*Soc. Biologie*, 24 novembre.) — Note sur la fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques, par Féré et Vignes. (*Soc. Biologie*, 24 novembre.) — Accès épileptiformes s'accompagnant de phénomènes peu ordinaires, par Tooker. (*Lancet*, 15 sept.) — Cas très graves d'épilepsie, guérison par la médication bromurée, par Jamot. (*Gaz. des hôp.*, 20 déc.)

Épithélioma. — Épithélioma du talon développé sur une cicatrice de plaie contuse. Envahissement du calcanéum, par J. Reboul. (*Bull. Soc. anat.*, p. 872.) — Traitement des productions épithéliales anormales (callosités et œils-de-perdrix, par Rösen. (*München. med. Wochenschr.*, n° 9, et *Centrbl. f. d. med. W.*, n° 41.)

Épithélium. — Du processus de kératisation sur les muqueuses à épithélium cylindrique, par Posner et Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 855, 15 octobre.)

Érysipèle. — Erysipèle des fosses nasales, par Schiffers. (4e *Cong. d'Otol., Bruxelles.*) — Sur un cas dans lequel un érysipèle a exercé une influence curative sur des syphilides tuberculeuses, par Kadkin. (*Russkaja Medicina*, n° 9.) — Érysipèle gangreneux idiopathique, par R. Norman. (*Lancet*, 15 déc.) — Névrite optique dans l'érysipèle de la tête, par Geissler. (*Deut. milit. Zeit.*, n° 2, p. 93.) — La localisation de l'érysipèle et emploi de la digitale dans les irritations du nerf vague, par Grossi. (*Riv. clin. e terap.*, nov.)

Erythème. — Des rapports de l'érythème multiforme et de l'érythème noueux avec le rhumatisme, par Garrod. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Coexistence d'érythème symétrique, de paralysies motrices multiples et de néphrite parenchymateuse atrophique. Mort, par Wilhelm Ebstein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 537, 2 juillet.) — Érythème marginé fébrile suivi d'ictère, par Muselier. (*Gaz. méd. Paris*, 1er déc.) — Erythème gangreneux, par Campbell. (*Med. Soc. of London*, 25 nov.) — De l'érythème infectieux, par Simon et Legrain. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 11.) — Phlébite dans l'érythème polymorphe, par Girode. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 12.)

Estomac. — De la dualité anatomique et fonctionnelle des éléments des glandes gastriques, par Montané. (*Soc. Biologie*, 29 décembre.) — De l'exploration physique de l'estomac et de l'intestin, par Obrastzow. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 417.) — Du fonctionnement de l'estomac sain et malade et des lavages stomacaux chez les nourrissons, par Hans Leo, A. Baginsky, Henoch, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre et 26 nov.) — Modifications de la graisse dans l'estomac, par Klemperer et Scheurlen. (*Zeitschrift für klinische Medicin.*, XV, p. 370.) — Sur la valeur clinique des diverses réactions colorées applicables à la démonstration des acides

de l'estomac, par F. Haas. (*München. med. Wochenschr.*, nos 5-7 et *Centrbl. f. d. med. W.*, n° 28.) — Avantages comparés pour le diagnostic des affections stomacales du repas d'épreuve à la viande de Leube et Riegel et du petit déjeuner d'épreuve d'Ewald et Boas, par Max Einhorn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 647, 6 août); par George Sticker. (*Idem.*, p. 733, 3 septembre.); par Ewald. (*Idem*, p. 736.) — Des sécrétions de l'estomac à jeun, par H. Rosin. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47, p. 966.) — Pathologie de la muqueuse gastrique, par Litten. (*Ibid.*, n° 47, p. 960.) — Distension flatulente de l'estomac avec contracture spasmodique et hyperesthésie de la paroi abdominale, par W. Pepper. (*N. York med. Journ.*, p. 281, 15 sept.) — Dyspnée dyspeptique, par Katzenbach. (*Ibid.*, p. 709, 29 déc.) — Dilatation de l'estomac avec rétrécissement secondaire du pylore. Changement de rapports des viscères abdominaux. Mort dans le coma dyspeptique, par L. d'Astros. (*Marseille médical*, n° 12, p. 734.) — La dyspepsie, ses manifestations sur la muqueuse des voies aériennes supérieures, par B. Robinson. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 19 sept.) — Ectasie simulée par une situation anormale de l'estomac, par Ott. (*Würtemb. med. Corr. Bl.*, n° 5.) — Polyarthrites par dyspepsie, par de Dominici. (*Riv. clin. e terap.*, août.) — Étude de quelques formes de dyspepsie gastrique, par Sansoni. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 4.) — Gastralgie sous la dépendance d'une hyperesthésie (intolérance de l'estomac) par l'acide chlorhydrique normal de l'estomac, par J.-Ph. Suyling. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 869, 22 octobre.) — Des catarrhes gastriques suivis d'atrophie des éléments glandulaires, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 818, 1er octobre.) — Hémorragies stomacales mortelles dues à des embolies des artères gastriques, par Müller. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzste*, 1er nov.) — Ulcère simple avec dilatation de l'estomac, indigestion tétanique intense, généralisée, avec élévation de la température centrale, par Paliard. (*Revue de médecine*, mai, p. 406.) — De la gastrorragie quinique, par Pispire. (*Galenos*, n° 33, p. 513.)— Ulcère perforant de l'estomac et péritonite, par H. Fitz. (*Boston med. journ.*, 13 sept., p. 252.) — Gastrite chronique avec dilatation traitée par la rubéfaction de l'épigastre. Guérison, par J.-G. Corkhill. (*Lancet*, 3 nov.) — Traitement de l'ulcère rond de l'estomac, par P. Cornils. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 755.) — Du lavage électrique et de la faradisation intra-stomacale dans la dilatation de l'estomac fonctionnelle, par Baraduc. (*Broch. Paris.*) — Recherches sur la tuberculose de l'estomac, par Serafini. (*Ann. clin. d. Osp. dei incurabili*, n° 5.) — De l'incontinence atonique du pylore, par Patella. (*Riv. venete di sc. med.*, — Rétrécissement cicatriciel du pylore à la suite de l'ingestion d'acide nitrique, par Pilliet. (*Progrès médical*, 3 novembre.) — Rétrécissement du pylore par carcinome fibreux et cicatrice d'ulcère simple du cardia, simulant pendant la vie une sténose du cardia, par P. Sonsino. (*Lo Sperimentale*, octobre.). — Squirrhe du pylore, vomissements incoercibles. Injections répétées d'une solution salée dans les veines, par Churton. (*Lancet*, 29 sept.) — Épithélioma cylindrique, colloïde, diffus de l'estomac au niveau de l'œsophage. tumeurs secondaires dans les poumons et d'autres organes, pas de tumeurs dans le foie, par Steven. (*Glasgow med. journ.*, déc.) — Du cancer latent de l'estomac, par Gourmand. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Des adénopathies cervicales et de la douleur du phrénique et du pneumogastrique comme signe du cancer de l'estomac, par Bertin. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Le tube de Faucher modifié pour le drainage et la faradisation interne de l'estomac, par Cipriani. (*Raccoglitore med.*, n° 14.) — Présentation d'une malade ayant subi, il y a 15 mois, la résection du pylore cancéreux, et en parfaite santé, par Stetler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 17 septembre.) — Opération pour un rétrécissement traumatique du pylore, par Bardeleben ; présentation du malade, par Köhler. (*Berlin. klin. Woch.*,

p. 875, 22 octobre.) — Trois cas de gastrostomie, par PEPPER. (*Lancet*, 24 nov.) — Note sur la gastrostomie, par CASTELAIN. (*Bull. méd. du Nord.*, oct.) — Gastrostomie pratiquée pour retirer une fourchette ingérée depuis trois mois. Guérison, par MAX WITTE. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 16 juin.) — Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Guérison, par MILES PORTER. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 28 juillet, p. 123.) — Gastrostomie pour rétrécissement par tumeur maligne de l'œsophage, mort six mois et demi après l'opération, par M'PHEDRAN. (*Canadian Practitioner*, juillet 1887.) — Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage chez un homme de 68 ans. Mort le 14e jour par broncho-pneumonie, par WEISSENBACH. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 561, septembre.)

Exanthème. — Traitement de la dermatose aiguë iodoformique, par KREVET. (*Therap. Monatsh.*, p. 104, mars.)

F

Ferment. — Sur les ferments inversifs de l'organisme animal, par MANFREDI, BOCCARDI et JAPPELLI. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 10.)

Fièvre. — La fièvre, le frisson et la formation du pus dans les affections malignes, par JAMES FINLAYSON. (*Lancet*, 13 oct.) — Remarques critiques sur la fièvre, par UNVERRICHT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 749.) — Fièvre et antipyrèse, par MURRI. (*Congresso della Soc. ital. di medic. interna Roma.*) — Fièvre rémittente avec complications pleuro-pulmonaires. Présence de corps pigmentaires dans le sang et destruction des corpuscules du sang, par J. LUCAS. (*Lancet*, 1er déc.) — Les phénomènes vasculaires de la fièvre, par MARAGLIANO. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.)

Fièvre jaune. — Étude de la fièvre jaune sur la côte est du Mexique, par HEINEMANN. (*Arch. f. path. Anat.*, CXII, 3.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la fièvre jaune, par J. WALL. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 691, 17 novembre.) — Le traitement de la fièvre jaune, par TIMMERMANN. (*Ther. Gaz.*, oct.)

Fistule. — Relevé de 140 cas de fistules vésico-utérines, par NEUGEBAUER. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 2.) — 27 observations de fistule vésico-cervico-utérine, par NEUGEBAUER. (*Ibid.*, XXXIV, 1.)

Foie. — De l'innervation du foie, par RATTONE. (*Giorn. Accad. di med. di Torino*, n° 12.) — Sur la constitution lobulaire du foie et les voies de la circulation sanguine intra-hépatique, par BRISSAUD et SABOURIN. (*Soc. de biol.*, 17 novembre.) — Note sur la tuberculose expérimentale du foie, par GILBERT et LION. (*Soc. de biologie*, 3 novembre.) — Foie lobulé; hémato-salpingite, par POTHERAT. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 572.) — Quelques cas d'affections du foie, par W. BURNET. (*Lancet*, 1er septembre.) — Coïncidence d'un lobe du foie mobile et d'un rein flottant, par PICHEVIN. (*Progrès médical*, 13 octobre.) — Sur le diagnostic des cavernes du foie contenant des gaz, par R. FELETTI. (*La Riforma medica*, 9 et 10 octobre.) — Diagnostic des maladies du foie et de la fièvre accompagnant l'obstruction biliaire, par JANEWAY. (*N. York med. Record*, p. 461, oct.) — Sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère, par KIENER et ENGEL. (*Soc. biologie*, 6 octobre.) — Cirrhose hypertrophique du foie chez un diabétique; mélanodermie (diabète bronzé); cachexie rapide; granulie pulmonaire ultime. Pigmentation

du foie, du pancréas, des ganglions mésentériques et de la peau, par H. Barth. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 560.)— Cirrhose hypertrophique du foie avec ictère et calculs biliaires, par Tison. (*Bull. Soc. anat.*, p. 969). — Cirrhose atrophique d'origine alcoolique ; guérison, par De Brun. (*Rev. de méd.*, déc.) — La sclérose du foie au point de vue expérimental, par Pilliet. (*Progrès médical*, 17 novembre.) — Note sur trois cas de guérison de cirrhose alcoolique, par Millard. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 nov.) — A propos de la curabilité de l'hépatite chronique alcoolique, par Millard. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 décembre.) — Cirrhose du foie guérie par l'usage du calomel, par Rossoni. (*Boll. d. Soc. lancisiana Roma,* VIII, 3.) — Analyse chimique de l'urine et du foie dans un cas d'ictère grave, par F. Röhmann. (Absence de leucine et de tyrosine dans l'urine avec augmentation considérable des oxacides aromatiques et des corps similaires de la xanthine.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 861 et 882, 22 et 29 octobre.) — Atrophie jaune aiguë du foie, par C. Allen. (*Boston med. journ.*, p. 408, 25 octobre.) — Contribution à l'étude de l'ictère fébrile, par C. Nauwerck. (*Il Morgagni*, novembre.) — Abcès du foie d'origine tropicale, incision, drainage : guérison, par Allwright. (*Lancet*, 28 juillet.) — Traitement de l'ictère catarrhal (phosphate de soude), par Kittrell. (*N. York med. Record,* p. 174, août.) — Des lavements d'oxygène dans les maladies du foie et de l'intestin, par H. Kellog. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 258, 25 août.) — De l'adénome du foie, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd. de méd.*, 14 déc) — Traitement d'un abcès hépatique, par Mazzoni. (*Bull. d. Soc. lancisiana Roma*, VIII, 4.) — Plaie du foie, laparotomie, suture du foie ; guérison, par Postempsky. (*Bull. Accad. med. di Roma*, avril-mai.)

Foudre. — Un cas de maladie consécutive à un coup de foudre, par C. Gerhardt. (*Charité-Annalen*, Jahrg. XIII, p. 242.)

Fracture. — Traité des fractures et des luxations, par Albert Hoffa. (*Wurtzbourg.*) — Traitement des fractures comminutives graves et des luxations, par Ogston. (*Med. Chronicle*, nov.) — Fractures intra-utérines, par Vilcoq. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Fracture intra-utérine d'origine rachitique. Pseudarthrose, par Vilcoq et Girode. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 927.) — Exemples de fractures et de réunions des os chez les oiseaux, par Shufeldt. (*N. York med. journ.*, p. 714, 29 déc.) — Fractures des cartilages costaux et luxation de l'appendice xyphoïde, par Adrien Pozzi. (*Progrès médical*, 20 octobre.) — Traitement des fractures du condyle externe de l'humérus, par George Gay. (*The Boston med. and surg. journ.*, 17 mai.). — Sur les fractures de l'extrémité supérieure du bras, traitement par l'appareil d'Hennequin, par Decamps. (*Thèse de Paris*, 20 déc.) — Déchirure de l'artère fémorale dans une fracture du fémur, par Muller. (*Soc. méd. de Hambourg*, 17 avril.) — Fractures anciennes du col du fémur. Pseudarthroses, par Reboul. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 575.) — Fracture non consolidée de la rotule, traitée par l'opération de Lister, par par Alb. Wilson. (*Lancet*, 25 août.) — Fracture comminutive du tibia avec perte d'une notable portion d'os ; guérison, par Abbamondi. (*Giorn. med. del R. esercito, Roma*, juillet.) — Fracture de l'astragale, par A. Broca. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1035.) — Du traitement des fractures des membres par les appareils en zinc laminé de Deslongchamps, par Postel. (*Thèse de Bordeaux*, nov.)

Furoncle. — Etude thérapeutique et bactériologique du furoncle, par Lœwenberg. (*Union médic.*, 2 août.)

G

Gangrène. — Étiologie et anatomie pathologique du noma, par RANKE. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVII, 3.) — Un cas de noma, par ROTCH. (*Boston med. journ.*, p. 35, 12 juillet.) — Gangrène métastatique de la peau, par CIARROCCHI. (*Bol. d. Soc. lancisiana Roma*, VIII, 4.) — Sur les altérations des nerfs à la suite de la congélation de la peau sus-jacente, par G. ALONZO. (*La Riforma medica*, 19 septembre.) — Asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités, par TANNAHILL. (*Glasgow med. journ.*, décembre.) — Gangrène symétrique (maladie de Raynaud), par JOHN WEAVER. (*Lancet*, 3 novembre.) — Gangrène puerpérale des extrémités inférieures, par H. E. MANLEY. (*Lancet*, 15 décembre.)

Génitaux (Org.) — Gangrène traumatique du pénis et du scrotum, par FERGUSSON. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — Amputation du pénis carcinomateux malgré les métastases, par VON NUSSBAUM. (*Wien. med. Presse*, n° 20.) — Cancer du pénis, par COTTER. (*Cork med. and surg. Assoc.*, 12 décembre.) — Anatomie et physiologie du gland, par W. WOOD. (*New York med. journ.*, p. 120, 4 août.) — Sur l'opération du phimosis, par IHLE. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 4.) — Un cas de corne du gland, par CHAUFFARD. (*Soc. méd. des hôpit.*, 26 octobre.) — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme, par TRÉLAT. (*Ann. de gynécol.*, novembre.) — Les petites lèvres et l'hymen, par J. W. BALLANTYNE. (*Edinb. med. journ.*, novembre.) — Sur une variété de folliculite, par NICLOT. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — Des périfolliculites suppurées agminées en plaques, par PALLIER. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Note sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles, par OLLIVIER. (*Bull. Acad. de méd.*, 23 octobre.)

Géographie méd. — Endémo-pathologie des îles Philippines, par RABADAN. (*Rev. de sanidad militar*, 1er août 1887.) — Géographie médicale de l'île Saint-Barthélemy (Antilles), par MARESTANG. (*Arch. de méd. nav.*, p. 161, mars.) — Rapport sur la campagne d'hivernage dans le Bondou, 28 mai au 12 novembre 1887, par LIOTARD. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Notes médicales sur l'Espagne et le Maroc, par J. HARDWICKE. (*Lancet*, 25 août.) — Obock et son territoire, sa fièvre, par MARCHANDON. (*Thèse de Bordeaux*, décembre.) — De la fièvre dite bilieuse inflammatoire des pays chauds, par DARIUS-SÉVÈRE. (*Thèse de Bordeaux*, décembre.) — Diego-Suarez, climatologie et pathologie, par CARTIER. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — Le kakké japonais, par GUEIT. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.)

Glaucome. — Contribution à l'anatomie pathologique du glaucome, par STRAUB. (*Weekbl. van het Tijdschr. voor Geneesk.*, II, p. 213, et *Centralbl. f. d. med. W.*, n° 42.)

Goutte. — Excrétion d'acide urique dans la goutte, action de certains médicaments, par HAIG. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.)

Graisse. — Détermination des graisses dans les matières fécales, par G. NUZZI. (*Riv. clin. e terap.*, novembre.)

Greffe. — Greffes cutanées empruntées à un cadavre, par BARTENS. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — 7 cas de greffe cutanée d'après la méthode de

Thiersch; application à l'opération de la syndactylie, par GARRÉ. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 469, 1er août.) — De la greffe dermo-épidermique, par THOMAS. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.)

Grossesse. — Difficultés de déterminer par la menstruation la durée de la grossesse, importance médico-légale, par GODSON. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Transmissibilité des affections infectieuses maternelles aux fœtus, par BIRCH-HIRSCHFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 octobre.) — Grossesse multiple, par RUSCONI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 87.) — Du développement rapide de quelques tumeurs pendant la grossesse, par MARTA. (*Riv. veneta di sc. med.*, août.) — Un cas de paralysie vaso-motrice chez une femme enceinte, par C. GIORGIERI. (*Ann. di ostetr. e gin.*, novembre.) — De la leucémie chez les femmes enceintes, par SÆNGER. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIII, 2.) — Endométrite des femmes enceintes et vomissements incoercibles, par W. JAGGARD. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 289, 1er septembre.) — Un cas de grossesse dans le cours d'une maladie de cœur; accouchement prématuré, survie de la mère et de l'enfant, par GIDEON SEGUR. (*N. York med. Record*, p. 590, 17 novembre.) — Efficacité de l'extrait de viburnum prunifolium pour supprimer les contractions utérines pendant la grossesse, par SCHATZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Des métrorragies dans les premiers mois de la grossesse, par SCHRŒDER. (*Thèse de Paris*, 13 décembre.) — Grossesse chez une femme de 54 ans débutant par des métrorragies, par PERROULAZ. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 509, août.) — Des opérations chirurgicales pendant la grossesse, par MAYO ROBSON. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 2 novembre.) — Fibrome utérin compliquant la grossesse et le travail, par TURGARD. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Trois cas de grossesse compliquée de kystes ovariens, par ASHTON. (*München. med. Wochenschr.*, n° 21, et *Centralbl. f. d. med. W.*, n° 46.) — Du prolapsus de l'utérus gravide, par GORODICHZE. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Sur un cas de lithopaedion (dégénérescence calcaire du fœtus), par A. OPPEL. (*München. med. Woch.*, n° 1, et *Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 34.) — Sur la formation d'un lithopaedion dans les trompes, par H. HAMMER. (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, n° 42, p. 795.) — Leçons sur la grossesse ectopique, par LAWSON TAIT. (In-8°, *Londres*.) — Grossesse extra-utérine, par S. NELSON. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 886, 22 décembre.) — Moyens de diagnostic de la grossesse extra-utérine, à propos d'un cas de grossesse abdominale compliquée d'éclampsie et diagnostiquée au huitième mois, par M. BOSSI. (*La Riforma medica*, 13, 14, 15, 16, 17, 19 novembre.) — Du traitement de la grossesse extra-utérine, par A. JOHNSTONE. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 577, 27 octobre.) — Laparotomie dans la grossesse tubaire spécialement après la rupture de la poche, par HOLLSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 795.) — Laparotomie au début de la grossesse extra-utérine, par J. S. HAWLEY. (*N. York med. journ.*, p. 648, 16 juin.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, par W. D. HAMILTON. (*Ibid.*, p. 90, 28 juillet.) — Laparotomie dans la grossesse abdominale, par W. H. WATHEN. (*Ibid.*, p. 122, 4 août.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie; guérison, par G. PLIMMER. (*Lancet*, 22 décembre.) — Grossesse extra-utérine, issue du fœtus au quatrième mois par le rectum, par TUTTLE. (*N. York Acad. of med.*, 27 décembre.) — Grossesse tubaire, rupture, par TAIT. (*Brit. gyn. Soc.*, 28 décembre.) — Grossesse extra-utérine, par GOODELL (*Philad. obst. Soc.*, 6 décembre.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, laparotomie; guérison, par B. PENROSE. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 386, 15 septembre.) — Traitement des grossesses extra-utérines, par SCHWARZ (laparotomie), WINCKEL (injections morphinées intra-kystiques, VEIT (laparotomie), etc. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Grossesse extra-utérine, lapa-

rotomie; guérison, par Hopgood. (*Brit. med. journ.*, p. 1386,22 déc.) — Deux cas de laparotomie pour grossesse extra-utérine, par H. Richardson. (*Boston med. journ.*, p. 549, 6 décembre.) — Grossesse tubo-abdominale, rupture dans la cavité abdominale, laparotomie; guérison, par Meinert. (*Cent. f. Gynæk.*, 29 décembre.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie au quatrième mois; guérison, par Taylor. (*Brit. med. journ.*, 1er décembre.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie huit mois après la mort du fœtus, sac formé par la trompe et le ligament gauches; guérison, par Cullingworth. (*Obst. Soc. of London*, 5 déc.) — Grossesse extra-utérine (tubo-péritonéale), par J. Reboul. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 577.) — Grossesse tubaire. Rupture du kyste fœtal au troisième mois. Hémorragie et péritonite, par H. Vaquez. (*Ibid.*, p. 911.)

Gymnastique. — Gymnastique de chambre pour filles et femmes, par E. Angerstein et G. Eckler. (*Berlin.*)

Gynécologie. — Les maladies de la femme dans leurs rapports de réciprocité avec les fonctions sexuelles, par P. Müller. (*Stuttgart.*) — Revue sur quelques points de gynécologie, par Gordon. (*New York med. Record*, p. 385, septembre.)

H

Helminthe. — Cours de zoologie médicale rédigé d'après les leçons de Roulle, par Suis. (In-8°, *Paris*, 1889.) — Sur le mode de transport de l'ascaride lombricoïde, par Lutz. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, fév.-mars.) — Filaire hématique chez l'homme, par Lancereaux. (*Bull. Acad. de méd.*, 12 juin.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie suite de marche, par Bastianelli. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 4.)

Hémorragie. — La ventouse de Junod dans le traitement de la pneumonie croupale et de l'hémoptysie, par Balp. (*Giorn. Accad. di med. di Torino*, n° 12.) — Hémorragies par hypertension artérielle et artério-sclérose; leur traitement, par Liégeois. (*Bull. méd. des Vosges*, oct.) — Un cas d'hémorragie ombilicale, par Tross. (*Berl. klin. Woch.*, 12 nov.) — Quelques cas d'hémorragies utérines, par Jackson. (*Gyn. Soc. of Chicago*, 16 nov.) — Traitement consécutif de l'hémorragie post partum, par Rainsford Gill. (*Lancet*, 3 nov.) — A propos du traitement des hémorragies puerpérales secondaires dues à l'atonie utérine, par Schücking. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 774, 17 sept.) — Hémorragie abondante consécutive à une rupture du vagin pendant le coït, par Barthel. (*Centr. für Gyn.*, 1er déc.) — Hémorragie grave par rupture de l'hymen dans le premier coït, par Dagenais. (*Buffalo med. journ.*, 1er déc.)

Hémorroïde. — Opération de Whitehead contre les hémorroïdes, par C. B. Kelsey. (*New York med. journ.*, p. 626, 8 déc.)

Hernie. — Les sacs herniaires et leur contenu, par Lockwood. (*Path. Soc. of London*, 20 nov.) — Hernie diaphragmatique, laparotomie; mort, par Naumann. (*Hygiea*, août.) — Les hernies inguinales congénitales, par Chauveau. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Opération radicale d'une hernie inguinale ayant donné lieu à des accidents tétaniques chez un garçon de 7 ans; pas de récidive au bout de un an malgré l'absence de bandage,

par K. Walder (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 569, 15 sept.) — Epiplocèle inguinale irréductible par volume sans adhérence au sac. Cure radicale, par J. Reboul. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 920.) — Tumeur épiploïque du cordon prise pour un lipome. Examen histologique, par Chipault. (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 853.) — Entéro-épiplocèle étranglée, par Owen Bowen. (*Lancet*, 28 juillet.) — Contribution à l'étude de la hernie inguinale interstitielle et cruro-propéritonéale, par H. Burci. (*Lo Sperimentale*, août.) — Hernies inguino- et cruro-intrapéritonéales, par J. Baron. (*Wien. med. Presse*, n° 34, p. 1225.) — Manie aiguë dans un cas de hernie étranglée, avec température anormale, par Fred. Bryan. (*Lancet*, 20 oct.) — Hernie inguinale étranglée ; kélotomie avec ablation du sac. Troubles cérébraux et manie aiguë au 10e jour. Guérison, par W. Collins. (*Lancet*, 15 déc.) — Hernie péritonéo-vaginale testiculaire étranglée d'emblée ; kélotomie et résection du sac, par Willigens. (*Arch. de méd. milit.*, déc.) — Hernie inguinale congénitale étranglée avec testicule en ectopie. Anus artificiel. Mort, par Princeteau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 déc.) — La hernie fémorale étranglée chez la femme. Diagnostic, par Lamb. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 315, 1er sept.) — Opération d'une hernie ombilicale congénitale chez l'enfant. Guérison, par Dohrn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 17 sept.) — Hernie ombilicale étranglée ; opération; guérison, par C. Warren. (*Boston med. jour.*, p. 389, 18 oct.) — Anatomie de la hernie cœcale congénitale, par Bennett et Cunningham. (In-8°, *Londres.*) — Hernie cœcale étranglée. Laparotomie. Mort par apoplexie, par W. Gray. (*Lancet*, 18 sept.) — Hernie étranglée réduite par la faradisation, par F. M. Bauer. (*New York med. journ.*, p. 572, 24 nov.) — Sur la cure radicale des hernies, par Stenzel. (*Berl. klin. Woch.*, 23 juillet.) — Cure radicale des hernies, par Banks. (*Harveian Soc. of London*, 15 nov.) — Sur la cure radicale des hernies, par Thiriar. (*La Clinique*, 15 nov.) — Cure radicale de la hernie ombilicale, par Barrier. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — Du traitement des hernies gangrenées, en particulier par la résection des parties gangrenées de l'intestin, par Rosenberger. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — Traitement chirurgical de l'étranglement interne, par Sonnenburg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, p. 537.) — Des traitements de la gangrène herniaire, par Coppens. (*Bull. méd.*, 19 déc.) — Opération malheureuse de cure radicale de hernie inguinale, par V. Jackson. (*Lancet*, 13 nov.) — Parallèle des méthodes anciennes et nouvelles dans le traitement des hernies gangrenées et de l'anus contre nature, par Körte. (*D. med. Woch.*, n° 41, p. 827.) — Abcès pyo-stercoral consécutif à un étranglement herniaire opéré, par Vasseaux. (*Union médicale*, 8 déc.) — De l'opération radicale des hernies non étranglées (51 opérations sur 48 malades ; 1 seul décès), par Eug. Cohn. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 et 13 août.)

Herpès. — La question de l'infection de l'herpès, par Török. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, 2.)

Histologie. — Cours d'histologie normale, par Joh. Orth. (5e édition. *Berlin.*) — D'un nouveau mode de dissociation et de montage des éléments anatomiques, par Bovier-Lapierre. (*Soc. Biologie*, 1er déc.) — Le microscope et la chambre claire, par Gariel. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 déc.) — Procédés pour injecter un liquide à l'intérieur de cellules vivantes, par L. Chabry. (*Soc. Biologie*, 13 oct.) — La substance résineuse et la conservation des préparations microscopiques, par Martinotti. (*Zeit. f. Wiss. Mikroskopie*, IV, 3.) — Sur l'emploi de quelques réactifs colorants de la graisse et de la myéline, par Ch. Achard. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 1036.) — Théorie de

la coloration de Golgi, par Belmondo. (*Riv. di freniat.*, XIV, nos 3 et 4.)

Hôpital. — Quelques points relatifs aux hôpitaux d'isolement, par Thorne. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Les hôpitaux maritimes, au point de vue du traitement de la scrofule et de la tuberculose, par Casse. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, janv.

Hydatide. — Kyste hydatique suppuré de l'orbite, par Rockliffe. (*Opht. Soc. of unit. King*, 13 déc.) — Kyste hydatique du poumon guéri par le thermocautère, par Mosler. (*Soc. méd. de Greifswald*, 4 août.) — Kyste hydatique du poumon traité par l'aspiration et les lavages à l'acide phénique, par Geo Palmer. (*Lancet*, 8 déc.) — Kyste hydatique du mésocôlon transverse; laparotomie; ablation; guérison, par Sidney Jones. (*Lancet*, 25 août.) — Kyste hydatique du mésentère, par Rocchi. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 1.) — Echinocoques du foie; type thoracique; laparotomie exploratrice, par Ghillini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 84.) — Sur un cas de kyste hydatique du foie traité par la ponction simple, par Troisier. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 oct.) — Kyste hydatique suppuré du foie; incision et drainage; guérison, par W. Paget. (*Brit. med. j.*, p. 809, oct.) — Kystes hydatiques suppurés du foie et de la plèvre ouverts dans les bronches, par P. Tissier. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 1016.) — Kyste hydatique du foie suppuré; ouverture par le poumon; guérison, par Fr. Joshna. (*Lancet*, 20 oct.) — Kyste hydatique du foie; laparotomie; guérison, par Will. Bull. (*Lancet*, 1er déc.) — Kystes hydatiques suppurés du foie, éliminés par la plèvre et le poumon, par Edv. Daly. (*Lancet*, 4 août.) — Des kystes hydatiques du foie et de leur traitement par la méthode de Volkmann, par F. Krause. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 325.) — Un cas d'hydatides de la rate, par Grossich. (*Pester med. chir. Presse*, n° 31.)— Kyste hydatique de la rate chez un enfant de 10 ans; opération; guérison, par Litten et V. Bergmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet.) — — Deux opérations de kystes hydatiques de la rate, par F. Fehleisen. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 512, 18 juin.) — Kyste hydatique du muscle grand oblique, par Eug. Vigneron. (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 936.) — Vaste kyste hydatique des muscles fémoraux pris pour une pseudo-hypertrophie musculaire, par Bramann. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet.)

Hydroa. — De l'hydroa, par Quinquaud. (*Bull. méd.*, 23 déc.)

Hygroma. — Hygroma bilobé de la face antérieure du genou, par Reboul, (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 868).

Hygiène. — Le musée d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, par J. Bex. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 193, sept.) — La déclaration obligatoire des maladies épidémiques, par Vinay. (*Lyon méd.*, 4 nov.) — L'hygiène de Madrid et les maladies infectieuses, par Pulido. (*Med. practica, Madrid*, n° 10, p. 107.) — Affection causée par l'humidité du sol dans les pays inondés, par Lender. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 837, 8 octobre.) — L'assainissement de Paris, par Emile Trélat. (*Revue d'hyg.*, X, 662, août.) — Caractères constitutionnels des habitants des villes dans leurs rapports avec la dégénérescence, par Barron. (*Lancet*, 20 oct.) — Rapport sur la création d'une buanderie militaire à Epinal, par G. Drouineau. (*Revue d'hyg.*, X, 981, nov.) — Sur quelques points de l'assainissement des casernes, par E. Vallin. (*Revue d'hyg.*, X, 917, nov.) — L'hygiène dans les campagnes, par Pennato. (*Atti della 3a riunione d'igien. ital.*) — Deux mots sur l'importance de l'éducation physique, par Fenzi. (*Atti della 3a reunione d'igien. ital.*) — L'éducation physique à l'école Monge, par

L. Reuss. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, p. 289, oct.) — Circulaire ministérielle prussienne du 11 avril 1888, sur les bancs scolaires. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLIX, 389, oct.) — L'hygiène scolaire, par Ernst Engelhorn. (*Stuttgart.*) — L'importance des examens physiques attentifs dans les gymnases, par J. G. Smith. (*N. York Med. j.*, p. 257, 8 sept.) — Bains-douches de propreté. Leur application dans les prisons cellulaires, par Merry Delabost. (*Annales d'hyg. pub.*, XX, 217, sept.) — Quelques considérations sur l'hygiène des habitations dans le sud de l'Algérie, par Galand et Lahache. (*Arch. de méd. milit.*, déc.) — L'association des industriels pour préserver les ouvriers des accidents du travail, par Napias. (*Revue d'hyg.*, X, 841, oct.) — Dangers du chauffage des voitures publiques par le charbon, par Ducor. (*Soc. de méd. prat.*, 8 déc.) — L'hygiène du vélocipédiste, par P. Tissié. (In-8°, Paris.) — Lunettes protectrices pour ouvriers, par Schuberts. (*Cent. f. prakt. Augen.*, mai.) — De quelques appareils de cuisson employés dans les cuisines et casernes, par Ch. Viry. (*Revue d'hyg.*, X, 987.) — L'hygiène des vêtements d'après les travaux allemands, par H. Vasquez. (*Ibid.*, X, 890, oct.) — La salubrité des vacheries, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, X, 745, sept.) — L'épuration des eaux d'égout par le sol à Berlin, par Cornil. (*Ibid.*, X, 701, août.) — Des égouts des villes, par Galli. (*Atti della 3ª reunione d'igien. ital.*) — Les water-closets en Angleterre, par W. H. Corfield. (*Annales d'hygiène publ.*, XX, 97, août.) — Du commerce des chiffons au point de vue de l'hygiène publique, par Corradi. (*Atti della 3ª reunione d'igien. ital.*)

Hypnotisme. — L'hypnotisme au point de vue juridique, par Joseph Lefort. (*Ann. d'hyg. publ.*, XX, 152, août.) — Dangers de l'hypnotisme et interdiction des représentations théâtrales, par Gilles de la Tourette. (*Soc. de méd. légale*, 10 déc.) — Dangers de l'hypnotisme, par Séglas. (*Soc. méd. psychol.*, 29 oct.) — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la proposition de M. Rommelaire relative à l'hypnotisme, par Masoin. — Discussion. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, fév.-mars-avril-mai-juin-juillet-septembre.) — La suggestion hypnotique, par Salvioli. (*Rassegna di sc. med.*, n° 12.) — Suggestion et hypnotisme, par Grocco. (*Giorn. di neuropat.*, juillet.) — L'hypnotisme en obstétrique, par Fabbrovich. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 103.) — L'hypnotisme est-il un bon moyen de thérapeutique oculaire ? par Königshöfer. (*Klin. Monats. f. prakt. Augenh.*, janv.) — Guérison de l'insomnie par la suggestion hypnotique, par L. Frey. (*Wien. med. Presse*, n° 25, p. 905.)

Hystérie. — La nutrition dans l'hystérie, par Charcot. (*Progrès médical*, 1er déc.) — Attaque de sommeil, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 29 déc.) — Trois cas d'amblyopie hystérique chez l'homme, par O. Moore. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 171, 4 août.) — Hystérie pulmonaire, par Léon Petit. (*Bull. de la phtisie pulm.*, n° 5, juin.) — L'hystérie respiratoire, par Huchard. (*Ibid.*). — Hémoptysie chez les hystériques, par Thermes. (*Ibid.*). — Fièvre hystérique, par Sciamanna. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 2.) — De la fièvre hystérique, par Fabre. (*Thèse de Paris*, 29 déc.) — Troubles de la parole dans un cas d'hystérie masculine précoce, par Bignami. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 3.) — Aphonie hystérique chez une femme âgée de 71 ans. Guérison, par D. Savyll. (*Lancet*, 18 août.) — Sur l'anesthésie hystérique, par Binet. (*Acad. des Sc.*, 17 déc.) — Sciatique, neurasthénie et hystérie, par Charcot. (*Semaine méd.*, 12 déc.) — Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat, par *Z.* Glorieux. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, fév.) — Un cas d'hystérie, traumatisme, chez l'homme, par Bitot et Lamarque. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 déc.) — Monoplégie hystéro-traumatique guérie par une seule séance de suggestion, par

JOURNÉE. (*Progrès médical*, 24 nov.) — Sulfure de carbone et hystérie, par MARIE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 nov.) — De la nature hystérique de la vésanie, par ZALDIVAR. (*Thèse de Paris*, 29 nov.)

I

Idiotie. — Hydropisie énorme des cornes postérieures et inférieures de l'hémisphère gauche chez un idiot, par JUL. JENSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 826, 8 octobre.)

Inanition. — Processus de néoformation cellulaire pendant l'inanition aiguë de l'organisme, par MORPURGO (*Arch. per le sc. med.*, XII, 4.) — Un jeûne de 30 jours, par LUCIANI. (*Rev. scientif.*, 15 sept.)

Infection. — Etude des infections hémorragiques, par GUARNIERI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 3.) — Théorie de l'immunité contre les maladies infectieuses, par HANAU. (*Practitioner*, déc.) — De l'auto-infection, par THORN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 327.) — Des intoxications préventives, par FOA et BONOME. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 5.) — L'assainissement des lieux habités au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses, par A. CELLI. (*La Riforma medica*, 5 et 6 novembre.) — L'antipyrine dans les maladies infectieuses, par CHÉRON. (*Union médicale*, 11 décembre.)

Inflammation. — Rapports qui existent entre la pression, la fièvre et la résorption des processus inflammatoires, par DE RENZI. (*Rivista clinica e terapeutica*, juillet.)

Inhalation. — Valeur des inhalations dans le traitement des maladies du poumon, par THEODORE WILLIAMS. (*Brit. med. j.*, p. 700, sept.)

Injection. — Des injections hypodermiques et parenchymateuses d'acide phénique, par FAIVRE. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — La piqûre d'une veine dans l'injection hypodermique, par CRAIG BALFOUR. (*Lancet*, 10 nov.) — 3 cas d'injections sous-cutanées de sang selon la méthode de M. Ziemssen, par MARIUS HIRSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 790, 24 septembre.) — De l'efficacité des injections intra-utérines, par LEFLAIVE. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 13 déc.) — Les injections sous-cutanées d'huile chez les cobayes et les lapins, par G. DAREMBERG. (*C. R. Soc. biologie*, 27 octobre.) — Des injections sous-cutanées d'huile d'olive chez l'homme considérées comme véhicules médicamenteux et comme aliments, par GIMBERT. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Des effets de l'huile sur les animaux, par J. ROUSSEL. (*Ibid.*, 10 novembre.)

Insolation. — Des coups de chaleur paroxystiques, par COUTEAUD. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — La vision peut-elle être définitivement lésée par coup de soleil, par SPALDING. (*N. York med. record*, p. 464, avril.)

Intestin. — Sur les cellules caliciformes de l'épithélium de l'intestin grêle de la salamandre, par J. STEINHAUS. (*Archiv für Physiologie*, p. 311.) — L'entérite pseudomembraneuse (myo-angionévrose intestinale avec hypersécrétion muqueuse), par VANNI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.) — Des lésions des glandes en tube de l'intestin dans leurs rapports avec la production des fausses membranes, par CORNIL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 772.) — De la diarrhée matinale, par CHAUVET. (*Thèse de Paris*, 28 nov.) — Traitement

raisonné de la diarrhée de Cochinchine, par MESTAYER. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Lavements de glycérine et suppositoires contre la constipation, étude de 234 cas, par CROZER GRIFFITH. (*Med. News*, 3 déc.) — Ulcère perforant du duodénum, par BRADBURY. (*Cambridge med. Soc.*, 2 nov.) — Du diagnostic de l'ulcère duodénal, par W. OSLER. (*New York med. record*, p. 609, 24 nov.) — Malformation congénitale de l'intestin, sténose, ectopie du cœcum, par LYOT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 634.) — De la périthyphlite et de son traitement, par PRAVAZ. (*Thèse de Lyon*, n° 440.) — Abcès périthyphlitique par inflammation de l'appendice vermiculaire, par J. HOFFMAN. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 15 sept., p. 387.) — Perforation de l'appendice vermiforme par un calcul fécal, par HILDEBRANDT. (*Deut. med. Woch.*, n° 28.) — De la perforation de l'appendice vermiforme et de ses rapports avec la périthyphlite, par J.-A. MACDONALD. (*Lancet*, 22 sept.) — Deux cas de perforation de l'appendice vermiforme par un calcul chez l'enfant, par BUMAN. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 300, mai.) — Du traitement opératoire dans la périthyphlite stercorale consécutive à la perforation de l'appendice vermiforme, par KRAFFT. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 331.) — Nécessité de traiter chirurgicalement la périthyphlite appendiculaire stercorale perforatrice, par KRAFFT. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, p. 603.) — Mort d'hémorragie intestinale, causée par un myome vasculaire, par MERIER. (*N. York med. record*, janv., p. 67.) — Des adénomes de l'intestin grêle, par CARBONE. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, févr.-mars.) — Carcinome colloïde du cœcum, laparotomie; mort, par CH. FENGER. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 27 octobre, p. 606.) — Blessure par une scie circulaire, issue de l'intestin, laparotomie, suture de l'intestin; guérison, par PACKARD. (*Philad. county med. Soc.*, 12 déc.) — Laparotomie pour plaie par coup de couteau de l'intestin, suture, guérison, par SEXTON. (*Med. News*, 15 déc.) — Rupture de l'intestin grêle par coup de pied de cheval, sans lésion de la paroi abdominale, péritonite suraiguë ; mort, par ANDRÉ. (*Arch. de méd. mil.*, déc.)

Iris. — De la réaction palpébrale de la pupille, par GALASSI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 2.) — Innervation de l'iris, par PICQUÉ. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 4, p. 327.) — Schéma pour le diagnostic local des troubles des mouvements réflexes de la pupille, par MAGNUS. (*Klin. Monatsbl. f. prakt Augenheilk.*, juillet.) — Absence congénitale de l'iris, cataracte, luxation du cristallin, nystagmus et strabisme, par HOLDEN. (*N. York med. record*, p. 147, août.) — Un cas de leuco-sarcome de l'iris, par ZELLWEGER. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, sept.) — Opération pour la formation d'une pupille artificielle à travers la sclérotique, par STRAWBRIDGE. (*Med. News*, 15 déc.) — Quelles sont les circonstances dans lesquelles il est indiqué, dans l'iridectomie, de laisser persister le bord de la pupille naturelle? par BURCHARDT. (*Charité Annalen*, p. 658.) — 18 opérations d'iridectomie précornéenne, bons résultats dans 10 cas d'opacité de la cornée, et 8 de cataracte congénitale, par SCHOELER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 801, 1er octobre.)

K

Kyste. — Comédons nombreux et confluents, par G. THIN. (*Lancet*, 13 oct.) — Comédons placés symétriquement, par H. RADCLIFFE. (*Lancet*, 27 oct.) — Kyste pileux intracranien développé dans le cervelet, avec vestiges d'un pédicule rattachant le kyste au cuir chevelu, par F. WIDAL. (*Bull.*

Soc. anat., p. 502.) — Kyste épidermique traumatique de la paume de la main, par Jonnesco. (*Ibid.*, p. 940.) — Kyste congénital de l'ouraque, laparotomie; guérison, par Lawson Tait. (*Lancet*, 6 oct.)

L

Lacrymales (Voies). — Épithélioma papillomateux de la caroncule lacrymale, par Secondi. (*Giorn. Accad. di med. di Torino*, n° 12.)

Lait. — Les corpuscules de colostrum du lait de la femme, par Truman. (*Lancet*, 17 septembre.) — Note sur les essais de stérilisation du lait dans l'alimentation de l'enfant, par de Freudenreich. (*Ann. de micrographie*, octobre.) — Sur la constitution chimique et histologique des différents laits, par Béchamp. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 novembre.) — Structure microscopique différente du lait caillé spontanément ou par addition d'acide et du lait caillé par le ferment de la présure, par Grützner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 898, 29 octobre.)

Langue. — La langue et les organes gustatifs du *Fiber zibethicus*, par R. Zuckerman. (*Journ. of anat. and physiol.*, janvier.) — Des causes de la coloration noire de la langue chez les enfants, par Goundobnie. (*Med. Obosrenié*, n° 19.) — De l'exfoliation arata de la langue, par Mibelli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 4.) — Hémiglossite, par Shepherd. (*Med. chir. Soc. of Montreal*, 4 mai.) — Glossite idiopathique. (*Ontario med. Assoc.*, juillet.) — Fissure profonde de la langue, par Castelo. (*Rev. de medic. y cirug.*, 22 juillet.) — Des ulcérations imaginaires de la langue, par Lefferts. (*Med. News*, 17 novembre.) — Traitement, par l'extirpation, de quelques ulcères de la langue, par Butlin. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI.) — Angiome de la langue, par de Saint-Germain. (*Rev. des mal. de l'enfance*, juillet.) — Papillome de la langue, par Heurtaux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 décembre.) — Sarcome de la racine de la langue, par Schulten. (*Finska läkar. Handlingar*, XXX, n° 11.)

Laparotomie. — Sur un danger du lavage du péritoine pendant la laparotomie, par Polaillon. (*Journ. de méd. Paris*, 28 octobre.) — Des blessures de l'intestin dans la laparotomie, par Bumm. (*Münch. med. Woch.*, n° 16.) — Les indications de la laparotomie dans les processus aigus, par Gersung. (*Wiener med. Presse*, n° 46, p. 1649.) — Hématocèle pelvienne ; laparotomie, suture du kyste à la plaie abdominale ; guérison, par C. Porter. (*Boston med.*, p. 624, 27 décembre.) — Laparotomie dans deux cas de salpingite tuberculeuse double et de hernie fémorale étranglée, par M. Pepper. (*Lancet*, 1er décembre.) — Fibrome utérin ; ablation par laparotomie pour les hémorragies ; guérison, par Mc. Mordie. (*Brit. med. journ.*, 15 déc.)

Larynx. — De la formation des registres du chant, par Nuvoli. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 1.) — La voix considérée dans ses rapports physio-pathologiques et anatomiques, par Breganze. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 42.) — Causes de la perte prématurée de la voix, par Michel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 939, 12 novembre.) — De l'éclairage du larynx et des autres cavités du corps, par Voltolini. (*Cong. des nat. allem.; Monats. f. Ohrenh.*, XXII, n° 11.) — Etude séméiotique sur la stétographie de la toux, par Modigliano. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 5.) — Considérations sur l'érysipèle salutaire dans les affections du larynx, par Masucci. (*Rassegna crit. int. d. mal. della gola*, I, n° 4.) — Erysipèle du

larynx. Intubation. Trachéotomie. Mort, par MERRIGAN. (*New York med. Record*, p. 418, 6 octobre.) — Rectification au sujet du travail de Laplaca sur la laryngite hémorragique, par MASUCCI. (*Rassegna crit. int. d. mal. della gola*, I, n° 4.) — Hémorragie de la muqueuse du larynx dans le cours d'un catarrhe chronique, par PLESKOFF. (*München. med. Woch.*, 4 déc.) — De la laryngite sous-glottique aiguë, par SUCHANNEK. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 562, 15 sept.) — Sur les hypertrophies des cordes vocales supérieures en forme de polypes ou de tumeurs, par MARTY. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov.) — Périchondrite du larynx, par PYE SMITH. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 6 déc.) — Affections hystériques des cordes vocales, par BALL. (*West London med. chir. Soc.*, 7 déc.) — Considérations sur la toux dite nerveuse, par P. KOCH. (*Ann. des mal. de l'oreille*, oct.) — Laryngite spasmodique provoquée par des ascarides lombricoïdes, par MUSELLI. (*Journ. de méd. Bordeaux*, p. 215, 23 déc.) — Des paralysies laryngées par anévrismes de l'aorte, par FELICI. (*Arch. di laringol.*, oct.) — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche au cours d'une péricardite rhumatismale, par LANDGRAF. (*Charité-Annalen*, XIII Jahrg, p. 250.) — Crises du larynx chez les tabétiques, par CHARCOT. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, oct.) — Dyspnée analogue au spasme glottique, mort dans l'accès, hypertrophie du thymus et du corps thyroïde, compression du pneumogastrique par un ganglion, enfant de 5 ans, par DE CÉRENVILLE. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, p. 709.) — De l'antipyrine contre la toux fébrine, par GUAITA. (*Gaz. med. ital.-lomb.*, n° 41.) — L'antipyrine dans la laryngite striduleuse, par MONTAGU PERCEVAL. (*Lancet*, 17 nov.) — La phtisie laryngée tuberculeuse avec notes et considérations pratiques sur le tubercule, par C. ABATE. (In-8°. *Catane.*) — Laryngite tuberculeuse, anesthésie par la cocaïne, trachéotomie, par W. P. PEAKE. (*Lancet*, 15 sept.) — Tuberculose du larynx, traitement et guérison, par KEIMER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 939.) — Traitement local de la tuberculose laryngée, par FERRERI. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 1.) — Nécrose symétrique des deux cartilages aryténoïdes dans la fièvre typhoïde, par SOUQUES. (*Soc. anat. Paris*, p. 1002, déc.) — Les rétrécissements cicatriciels du larynx et de la trachée, leur traitement, par MARTINO. (*Incurabili*, n° 19.) — Syphilis laryngée, par PITT. (*Huntarian Soc.*, 12 déc.) — Syphilis du larynx, par GRABOWER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 773.) — Papules syphilitiques symétriques des fausses cordes vocales, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 17 septembre.) — Raucité datant de 28 ans, aphonie de 14 ans, causées par des papillomes multiples. Laryngotomie. Guérison parfaite, par JULIUS SOMMERBRODT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 842, 15 octobre.) — Laryngotomie pour papillomes multiples, par HOPMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 novembre.) — Tumeur laryngée, par BENHAM. (*West London med. chir. Soc.*, 7 déc.) — Cas intéressant de fibrome du larynx, par EICHBERG. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 15 déc.) — Sur la fréquence du cancer du larynx, par GRIMME. (*Inaug. Diss. Munich.*) — D'une cause particulière de dyspnée dans un cas d'épithélioma sous-glottique, par LAVRAND. (*Journ. sc. méd. Lille*, 23 nov.) — Cancer du larynx, trachéotomie, propagation à la glande thyroïde, tumeur énorme du cou autour de la plaie, application d'une canule très longue et à moitié inférieure mobile, mort, par GOUGUENHEIM et GASTOU. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Cancer du larynx, extirpation de la moitié malade, mort, par R. KAYSER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 925.) — Extirpation totale du larynx, par SCHMID. (*Soc. méd. de Greifswald*, 4 août.) — Tubage du larynx, par O'DWYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 942.) — Os de canard dans le larynx, par B. MAY. (*Birmingham and Midland Counties Branch of brit. Assoc.*, 8 nov.) — Pièce de monnaie trouvée au-dessous de la corde vocale droite à l'autopsie d'un dément mort de phtisie laryngée,

par A. Kœhler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 914, 5 novembre.) — Croup ou corps étranger, par F. Massei. (*Rivista clinica e terapeutica*, juin.) — Croup ou corps étranger, par P. Tommasoli. *Ibid.*, juin.) — Deux cas de sténose complète du larynx par plaies de suicide, traitement par la dilatation; un cas de sténose syphilitique traité de même, par Newman. (*Glasgow med. journ.*, octobre.)

Lèpre. — De la lèpre et de sa contagiosité, par Daubler. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, 3.) — Observation de lèpre maculo-anesthésique, par Piedpremier. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Les lépreux en Norvège, par Springer. (*Bull. méd.*, 9 décembre.) — Otite moyenne, examen du pharynx, du larynx et du nez chez un lépreux, par Wagner. (*Ann. de derm.*, IX, n° 11.) — Guérison d'un cas de lèpre par la méthode d'Unna, par Dreckmann. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 23.)

Lèvre. — Tuberculose des lèvres, par Plichon. (*Thèse de Paris*, 13 déc.)

Lipome. — Lipomes d'origine traumatique, par Reboul et Broca. (*Bull. Soc. anat.*, p. 842.) — Lipomes des joues. Lipomes de la boule graisseuse de Bichat, par F. Villar. (*Ibid.*, p. 954.) — Lipomes du cordon spermatique, épiplocèles adhérents et lipomes herniaires, par A. Broca. (*Ibid.*, p. 881.) — Lipome intra-musculaire, par Calot. (*Ibid.*, p. 934.)

Lupus. — Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux, par Hallopeau et Wickham. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 12.) — Lupus érythémateux de la main, par Ohmann-Dumesnil. (*Amer. journ. of med. sc.*, déc.) — Guérison du lupus par le streptocoque de l'érysipèle, par Ciarocchi. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 3.)

Luxation. — Traité expérimental des luxations traumatiques, par Paci. (In-8°, *Pise.*) — Luxation de l'atlas sur l'axis. Fracture des 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales, par David. (*Bull. Soc. anat.*, p. 910.) — Luxation de la mâchoire, par Thiery. (*Cent. f. Chir.*, n° 24.) — Luxation de l'extrémité interne de la clavicule au-devant du sternum, par C. Alex. Ducket. (*Lancet*, p. 667, 6 oct.) — Diagnostic et pronostic des paralysies axillaires suite de luxation de l'épaule, par Paradies. (*Münchener med. Woch.*, n° 21.) — Luxation de l'épaule sans rupture de la capsule, par Evill. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Luxation sous-glénoïdienne récente de l'épaule gauche, par Bouygues. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 581.) — Luxation incomplète du coude en dedans, par Bruncher. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Luxation particulière du pouce, par Pratt. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 7 déc.) — Sur un cas de luxation isolée du radius en arrière, par Labougle et Daraignez. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 oct.) — Traitement des luxations irréductibles du coude, par Fischer. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 oct.) — Subluxation spontanée des deux mains, par Bergmann. (*Ibid.*, 22 oct.) — Luxation de la hanche datant de onze mois. Réduction par manipulation, par E. Baker. (*Boston med. journ.*, p. 229, 6 septembre.) — Luxation latérale complète du tibia, par Bauer. (*Wien. med. Presse*, n° 22, p. 795.) — Luxation en haut des 2e, 3e et 4e métatarsiens, par Favier. (*Arch. méd. milit.*, p. 364, novembre.)

Lymphatique. — Y a-t-il entre le système lymphatique et la cellule des relations telles que beaucoup, sinon toutes, les maladies en dépendent, par Groom. (*Lancet*, 22 septembre.) — Sur le transport dans les ganglions lymphatiques de la matière colorante des tatouages, par Guelfi et Rezzonico. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 12.) — Varices lymphatiques et lymphangiomes, par Chipault. (*Gaz. des hôp.*, 15 déc.) — Sur un cas de varices lympha-

tiques du derme, par CHIPAULT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 774.) — Bubon suppuré, par BRYANT. (*Lancet*, 27 oct.) — Traitement radical des ganglions inguinaux suppurés, par MORTON. (*Med. News*, 22 déc.) — Traitement par l'excision en masse des adénites scrofuleuses, par W. M. KNIGHT TREVES. (*Lancet*, 21 juillet.) — Quelques cas de lymphadénite à Saint-Denis (Réunion), par PREUX. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement chirurgical de lymphangiome cystique congénital du cou, par STORCH. (*D. med. Woch.*, n° 42, p. 852.) — Cas de pseudo-leucémie (lymphosarcomes de l'abdomen) à accès fébriles périodiques, par RENVERS. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 654, 6 août.)

M

Main. — Observation de polydactylie, par COLOMBE. (*Union médicale*, 25 décembre.) — Rétraction de l'aponévrose palmaire, par ROBERT ABBE. (*N. York med. Record*, p. 236, mars.)

Mal de mer. — Le calage du corps contre le mal de mer, par LOYE. (*Rev. scientif.*, 1er déc.)

Maladie. — Tempéraments et diathèses dans les maladies, par STEPHENSON. (*New York med. Record*, p. 614, 24 nov.) — L'étiologie des maladies, par E. WAGNER. (*D. Arch. klin. Med.*, p. 303.)

Maladies prof. — Anatomie pathologique et pathogénie de la maladie dite des chiffons, par EPPINGER. (Congrès de Styrie.) (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 37.) — Epidémie de pneumonie chez les ouvriers d'une usine où l'on pulvérise des scories de déphosphoration, par G. OLLIVE. (*Revue d'hyg.*, X, 794 et 826, septembre.) — Nouvelles recherches sur la pathogénie et la prophylaxie des accidents industriels du phosphore, et en particulier de la nécrose phosphorée, par MAGITOT. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 27 nov.) — Anatomie et physiologie du cordonnier (déformation du squelette produite par l'attitude et les mouvements), par ARBUTHNOT LANE. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

Malformation. — Malformation fœtale, par HARDWICKE. (*Lancet*, 17 nov.) — Un cas d'hermaphrodisme, par SCHMORL. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, CXIII, 2.) — Malformation du rectum, par HARTSHORN. (*Lancet*, 1er septembre.)

Mamelle. — Absence du sein gauche, par WIDMER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er août.) — Kystes séreux essentiels de la mamelle, par VIGNARD. (*Bull. Soc. anat.*, p. 761.) — Cysto-adéno-fibrome du sein, par CALBET. (*Ibid.*, p. 835.) — De la mammite puerpérale, par GARRÉ. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 486, 1er août.) — Mastodynie guérie par la cocaïne, par PURRI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 93.) — Carcinome du sein droit propagé à l'aisselle. Envahissement du plexus brachial. Altération des nerfs, par A. PILLIET. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 585.) — Opération des tumeurs bénignes du sein, procédé, par JAMIESON. (*Brit. med. journ.*, p. 1217, juin.) — Cancer du sein chez l'homme, par POWERS. (*N. York med. Record*, oct., p. 488.) — A propos des récidives des cancers du sein opérés, par DŒNITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 juillet.) — Traitement du cancer du sein, par SAMUEL GROSS. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 20 octobre, p. 565.)

Massage. — Des frictions sèches, leur importance pour la conservation de

la santé et la guérison de quelques maladies, par Monod. (In-18. *Paris.*) — Du massage dans la crampe des écrivains, par Douglas Graham. (*Boston med. journ.*, 13 décembre, p. 569.)

Maxillaire. — Sur deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore, par Chiari. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er nov.) — De l'empyème de l'antre d'Highmore, par Bayer. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Nouvel appareil à fracture de la mâchoire inférieure, par J. Ward Cousins. (*Lancet*, 29 septembre.) — Nécrose de la branche ascendante et du condyle du maxillaire, ablation du séquestre. Guérison, par Bryant. (*Lancet*, 27 oct.) — Nouveau procédé de résection du maxillaire supérieur, par Heusner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 856, 15 octobre.) — Résection du maxillaire inférieur pour ankylose, par Allingham. (*Med. Soc. of London*, 25 nov.) — Pathogénie d'un kyste dit folliculaire, par Malassez. (*Soc. biologie*, 19 mai.) — Nouvelle note sur la pathogénie des kystes des mâchoires, par Magitot. — Présentation de préparations microscopiques, dessins et photographies de l'iter et du gubernaculum dentis, par Malassez. (*Ibid.*, 26 mai.) — Note sur la pathogénie des kystes des mâchoires, par Magitot. (*Soc. Biologie*, 12 mai.) — Sur un cas d'épulis fibreux, par Jonnesco. (*Bull. Soc. anat.*, p. 616.) — Sarcome du maxillaire supérieur, opéré 5 fois en 19 mois. Récidive quatre ans après la dernière opération, par Christopher Heath. (*Lancet*, 3 nov. — Épithélioma lobulé du maxillaire supérieur, par Récamier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 939.)

Médecine (Hist.) — L'ancienne académie de chirurgie, par Laboulbène. (*Rev. scientif.*, 8 déc.) — Histoire de la Faculté de médecine de Bordeaux et de l'enseignement médical dans cette ville, par Pery. (In-8°, 439 p., *Bordeaux.*) — Giorgio Baglivi et son époque; étude sur la médecine au xviie siècle, par Salomon. (*Zeit. f. klin. Med.*, XV, 4.) — La femme médecin au xixe siècle, par Mlle Schultze. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — De quelques syphiligraphes allemands du xviie siècle, par Proksch. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syp., Heft.* 4.) — Les affusions froides dans les siècles passés : la méthode de Brand au siècle dernier, par de Lalaubie. (In-8°. *Vichy.*) — Souvenirs médicaux d'un voyage en Egypte, par Rud. Virchow. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiologie*, CXIII, 2.)

Médecine légale. — La médecine et les tribunaux, par Riley. (*New York med. Record*, p. 391, sept.) — Traité de médecine légale de Casper, 8e édition revue et augmentée, par C. Liman, 1er volume. (*Berlin*, 1889.) — Traité de médecine légale publié sous la direction de J. Maschka. (*Tubingue.*) — Observations et mémoires de médecine légale publiées par Hermann Ortloff. 4e fascicule : Les enfants homicides (3 cas), par Marc et A. Krauss. (*Berlin.*) — Le secret médical (condamnation d'un médecin pour publication d'une observation de manie raisonnante spécifiant le sujet de l'observation), par Dubrac. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 208, septembre.) — Examen médico-légal des balles déformées dans les tissus, par Benoit. (*Thèse de Lyon*, n° 444.) — L'action des hautes températures sur le poids des poumons, par Tamassia. (*Riv. di freniat.*, XIV, nos 3 et 4.) — Sur les causes de la mort dans la pendaison, par Misuraca. (*Riv. di freniat.*, XIV, nos 3 et 4.) — Préliminaires à l'étude clinique des empreintes plantaires; expériences sur les variétés des pas dans la station assise et verticale, pendant la marche, par A. Bianchi. (*Lo Sperimentale*, juillet.) — Un crime commis en état d'ivresse doit-il être puni de mort? par Crothers. (*New York med. Record*, p. 473, oct.) — Mort subite à la suite d'une violente émotion causée par de mauvais traitements, par Jasinski. (*Berl. klin. Woch.*, 20 août.) — Cas médico-légaux : 1° soupçon d'empoisonnement, mort par

thrombose des veines hépatiques; 2° soupçon d'empoisonnement, mort par perforation de l'appendice vermiforme; 3° soupçon de meurtre, mort par lésion du cœur; 4° méningite suppurée avec abcès cérébral par carie du rocher; 5° asphyxie par compression de la cage thoracique sans blessure extérieure; 6° empoisonnement accidentel par la nitrobenzine; 7° empoisonnement par des allumettes chez un enfant, par Maschka. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLIII, p. 1.) — Rapport médico-légal sur une affection chronique des poumons imputée à la manipulation de substances chimiques, par Sury-Bienz. (*Ibid.*, XLIX, 354, octobre.) — Avis de la députation scientifique prussienne sur l'état mental d'un jeune homme inculpé d'attentats aux mœurs, par Pistor. (*Ibid.*, XLIX, p. 197, octobre.) — La méningite cause de la mort d'un enfant de 6 ans était-elle le résultat de mauvais traitements ou de la tuberculose? Rapport médico-légal, par Quittel. (*Ibid.*, XLIX, p. 211, octobre.) — Le projet de code civil allemand envisagé dans ses dispositions intéressant les médecins, par C. Roth. (*Ibid.*, XLIX, p. 222, octobre.) — Du suicide et de sa législation, par Clark Bell. (*N. York med. legal journal*, juin.) — Sur une observation de suicide, par Laugier. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 décembre.) — Affaire Ritter. Mort par section du cou, par Blumenstok. (*Wien. med. Presse*, n° 45, p. 1609.) — Homicide et assassinat à la période prodromique de la paralysie générale, par E. Marandon de Montyel. (*Ann. d'hyg. publ.*, XX, 134, août.) — De la vente des vins de quinquina par les marchands de vins et limonadiers, et note de la Société de médecine légale, par Charles Constant. (*Ibid.*, XX, 374, octobre.) — Affaire Browne. Rapport médico-légal, par Ball et Motet. (*Encéphale*, nov.)

Médecine militaire. — Clinique de l'hôpital militaire de Nouméa, par Forné. (*Arch. de méd.*, nov.-déc.) — La nourriture du soldat, par Davies. (*Aldershot.*) — Le travail et la ration du soldat, par Hickman. (*Dublin.*) — La prophylaxie dans les campagnes en pays tropical ou sub-tropical, par A. Duncan. (In-8°, 406 pages, *Londres.*) — Moyen simple et pratique pour l'examen de l'œil au conseil de revision, par Virolle. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Un système de brancard pour ambulance, par W. Dietz. (*New York med. Record*, p. 387, sept.) — Différentes méthodes de relever et de transporter les malades et les blessés, par Darwin. (In-8°, *Manchester.*) — Transport des blessés, improvisation de brancards et transformation des voitures de culture et d'industrie, par Bouloumié. (*Gaz. des hôp.*, 8 déc.) — Note sur une explosion de mélinite à Toul, par Lortat-Jacob. (*Arch. de méd. mil.*, déc.)

Mélanose. — Cancer mélanique des os généralisé, par Fürbringer. (*Berl. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Mélanose du tissu cartilagineux, par Ch. Achard. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1011.) — Tumeur mélanique de la joue. Tache mélanique la déplaçant. Extirpation. Guérison, par Lamarque. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 déc.)

Membre. — Développement anormal du membre inférieur, par Vincent. (*Lyon méd.*, p. 591, 23 déc.)

Méninge. — Oblitération expérimentale des sinus de la dure-mère; étude sur la doctrine de la thrombose de ces vaisseaux, par Ferrari. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1 et *Arch. per le sc. med.*, XII, 4.) — Sur les dangers immédiats des blessures des sinus de la dure-mère, par Ferrari. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — De la méningite dans la fièvre typhoïde, par Freyhan. (*Deut. med. Woch.*, n° 31.) — De la pachyméningite hémorragique, par Osler. (*Philad. neurol. Soc.*, 22 oct.) — Pachyméningite cérébrale hémorragique,

contracture du côté de l'épanchement, par VAN HEUVERSWYN. (*Journ. de méd. Lille*, 9 nov.) — Plaque de méningite tuberculeuse limitée aux circonvolutions motrices, par V. LEBLOND. (*Bull. Soc. anat.*, p. 897.) — Porte d'entrée de l'infection dans un cas de méningite cérébro-spinale, par PATELLA. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.) — Parenté entre la méningite cérébro-spinale et la pneumonie, par HUN. (*Albany med. Ann.*, 20, 8, p. 217.) — Méningite cérébro-spinale endémique, par W. TOWNSEND. (*Boston med. Journ.*, p. 52, 19 juillet.) — 3 cas de méningite cérébro-spinale, par H. JACOBS et H. JACKSON. (*Ibid.*, p. 57.) — *Idem*, par A. MASON. (*Ibid.*, p. 62.) — Deux cas de méningite cérébro-spinale, par G. SEARS. (*Ibid.*, 9 août, p. 131.) — Double cancer de la face externe de la dure-mère avec perforations des os du crâne ; absence complète de symptômes cérébraux ; mort (homme de 44 ans) par métastase pulmonaire, par LEWOENMEYER, VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 895, 29 octobre.) — Hydroméningocèle traitée par l'excision, mort, par TCHUDNOVSKY. (*Sprimon. u. Meditz*, III, p. 1089.)

Menstruation. — Oxalate de cerium dans la dysménorrhée, par CHAMBERS. (*N. York med. Record*, 12 juillet.) — La belladone et la jusquiame dans la dysménorrhée, par J. SHAW. (*Lancet*, 22 sept.)

Mercure. — Action du mercure sur les tissus animaux, par VON DÜRING. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 21.) — Recherches expérimentales sur les lésions nécrosiques causées par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles insolubles, par F. BALZER et Mlle KLUMPKE. (*Soc. biologie*, 7 juillet.) — Action toxique, physiologique et thérapeutique des vapeurs mercurielles ; recherche du mercure dans les liquides et les tissus de l'organisme, par MERGET. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — Contribution à l'étude du sublimé, par GUILLERY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 411.) — De l'emploi du mercure comme diurétique, par TALFOURD JONES. (*Brit. med. j.*, p. 660, sept.)

Moelle. — Lésions du cône médullaire et de la queue de cheval ; sur la situation du centre anovésical, par OSLER. (*Med. News*, 15 déc.) — Oblitération du canal central de la moelle chez un embryon, par LOCKWOOD. (*Obs. Soc. of London*, 5 déc.) — Sur une anomalie de la moelle épinière. Duplicité partielle du canal central, par CH. PICHARD. (*Bull. Soc. anat.*, p. 923.) — A propos de l'expérience de Flourens, par A. DASTRE. (*Soc. biologie*, 3 novembre.) — Effets consécutifs à la blessure du bulbe rachidien au niveau du nœud vital, par LABORDE. (*Soc. biologie*, 3 novembre.) — Sur le mécanisme d'action de la cocaïne et sur l'excitabilité de la moelle épinière, par BALDI. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Contribution à l'étude de la localisation du réflexe rotulien dans la moelle spinale, par FORNARIO. (*Riv. clin. e terap.*, août.) — 2 cas de paralysie ascendante aiguë, par IWANOFF. (*St Petersb. med. Woch.*, 24 nov.) — Poliomyélite suite de traumatisme, par BEEVOR. (*Med. Soc. of London*, 25 nov.) — Obs. d'histologie pathologique sur la syringomyélie, le tabes, etc., par CACCIOLA. (*Bull. Accad. med. di Roma*, avril-mai.) — Sur un cas de syringomyélie, par SCHMITT et BARABAN. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.) — Des dégénérescences combinées de la moelle, par ADAMKIEWICZ. (*Wien. med. Presse*, n° 29, p. 1057.) — Un cas de sclérose disséminée, par ORMEROD. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Un cas de sclérose de la moelle, par MIDDLETON. (*Glasgow med. Journ.*, déc.) — Etude des scléroses latérales amyotrophiques, par ROVIGHI et MELOTTI. (*Riv. di freniatria*, XIV, nos 3 et 4.) — Un cas de tuberculose de la moelle épinière avec extension du processus tuberculeux par la voie du canal central, par OBOLONSKY. (*Zeitschrift für Heilkunde*, IX, n° 5,

p. 411.) — Ataxie d'origine traumatique, par CHAVANIS. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Attaques apoplectiques, épileptiformes et hémiplégiques dans l'ataxie, par J.-C. SHAW. (*N. York med. Journ.*, p. 36, 14 juillet.) — Traumatisme de la moelle épinière, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Ann. d'hyg. publ.*, XX, 166, août.)

Môle. — Un cas de môle hydatide, par G. SHATTUCK. (*Boston med. journ.*, 11 octobre, p. 358.) — Deux cas de môle hydatide, par J. MUNDELL. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 27 octobre, p. 592.)

Monstre. — De l'influence du mâle dans la production de quelques monstruosités, par MAZZARELLI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 104.) — Monstruosités et émotions maternelles, par B. JESSUP. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 13 oct., p. 519.) — Monstruosité complexe rare, par PIERING et CHIARI. (*Berl. klin. Woch.*, 2 et 23 juillet.) — Monstre double autosite, monomphalien, ectopage, par ALEZAIS. (*Marseille médical*, n° 11, p. 644.) — Un cas unique de monstruosité, par B.-H. WELLS. (*Amer. Journ. of obst.*. décembre.) — Un monstre amèle, par CHOLMOGOROFF. (*Centr. für Gyn.*, 15 décembre.)

Mouche. — Sur une mouche tsé-tsé de l'Afrique australe, par LABOULBÈNE. (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 29 mai.)

Mort. — Les signes absolus de la mort, par RICHARDSON. (*Med. Soc. of London*, 10 déc.)

Morve. — Etude bactériologique des glandes lymphatiques dans la morve, par RUDENKO. (*Cent. f. Bacteriol.*, V, n° 8.)

Muscle. — Des muscles de la vie animale à contraction brusque et à contraction lente chez le lièvre, par RANVIER. (*Acad. des Sc.*, 17 déc.) — Note sur la force électromotrice des muscles d'un animal à sang chaud (chat), après la mort, par A. WALLER. (*Archiv. de physiologie*, 15 mai.) — Etude sur la tuméfaction idio-musculaire, par RADOLPHSON. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Recherches expérimentales sur la régénération des muscles striés, avec considérations particulières sur la karyokinèse. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 165.) — Anomalie du fléchisseur propre du gros orteil (muscle péronéo-calcanéen interne), par H. HARTMANN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1044.) — Dystrophies musculaires, 3 cas, par SACHS. (*N. York neurol. Assoc.*, 2 oct.) — Atrophie musculaire progressive juvénile portant surtout sur les grands dentelés, par BRAMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 875, 22 octobre.) — Recherches histologiques sur un cas de pseudo-hypertrophie musculaire, par PREISZ. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Paramyoclonus multiplex, par FALDELLA. (*Riv. di freniatria*, XIV, n°s 3 et 4.) — Polimyosite progressive subaiguë, par G. JACOBY. (*Boston med. journ.*, 4 octobre, p. 330.) — Spasme des muscles du cou amenant l'affaissement de la tête, par RIVERS. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Impotence des pelvi-trochantériens gauches chez une fille de 14 ans, guérie par la faradisation et la marche méthodique, par MONNIER. (*Soc. de méd. prat.*, 8 déc.) — Sarcome musculaire, enfant de 5 ans, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 620, 30 déc.) — De quelques ruptures musculaires professionnelles (grand oblique chez les cultivateurs, attaches vertébrales des rhomboïde et angulaire de l'omoplate), par RICOCHON. (*Poitou méd.*, 17, p. 37.) — Des hernies musculaires, par GUINARD. (*Gaz. hebd. de méd.*, 6 avril.)

Myopie. — La configuration du crâne et la myopie, par J. STILLING. (*Wiesbaden.*) — Des causes immédiates de la myopie, par E. EMMERT. (*Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 605, 1er octobre.) — Myopie

symptomatique, par MITTENDORF. (*Amer. Opht. Soc.*, juillet.) — De l'usage des mydriatiques pour déterminer les erreurs de réfraction et pour les corriger, par BRUNS. (*Americ. Journ. of Ophth.*, juin, p. 149.)

Myxœdème. — Du myxœdème, par MACKW. (*Thèse de Paris*, 6 déc.)

Myxome. — Enorme myxome de la cuisse, amputation, par D'ANTONA. (*Riv. clin. dell'Univ. di Napoli*, sept.)

N

Nerf. — Morphologie du nerf vague chez les vertébrés, par TH. V. SHORE. (*Journ. of anat. and physiol.*, avril.) — Le trajet probable du faisceau volontaire aux noyaux des nerfs craniens, par SPITZKA. (*N. York med. journ.*, p. 406, 13 oct.) — Quelques recherches sur les anastomoses des nerfs du membre supérieur, par VILLAR. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 607.) — Terminaison des nerfs dans les fibres musculaires lisses de la sangsue, par J. F. HEYMANS. (*Archiv für Physiologie*, 1888.) — A propos de l'influence des changements de température sur le bout central des nerfs cardiaques, par J. TARCHANOFF. (*Arch. f. d. ges. Phys.*, XLII, p. 515.) — La conductibilité électrique des nerfs en rapport avec leur excitabilité, par MAGINI. (*Bull. Accad. med. di Roma*, avril-mai.) — Mode de disparition de l'excitabilité motrice et sensitive dans le nerf sciatique de la grenouille à la suite de la ligature de la patte vers le milieu de la cuisse, le nerf sciatique étant laissé en dehors de la ligature, par KAUFMANN. (*Soc. biologie*, 20 octobre.) — Les nerfs moteurs perdent-ils leur excitabilité avant les muscles lorsqu'ils sont privés de circulation sanguine? par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. biologie*, 20 octobre.) — Régénération des nerfs par première intention; étude expérimentale, par CAVAZZANI. (*Riv. veneta di sc. med.*, sept.) — La croissance des tissus à la suite de troubles de l'innervation, par SAMUEL. (*Arch. f. path. Anat.*, CXIII, 2.) — Une affection rare du sympathique cervical, par SAMELSOHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 937.)—Section du nerf médian suivie de troubles trophiques des muscles et de la peau, par THOMAS SAVILL. (*Lancet*, 24 nov.) — Deux cas de blessure de la région cervicale suivis de paraplégie brachiale, par CLUTTON et MAKINS. (*Lancet*, 17 nov.) — Coup de feu de la cuisse; lésion du nerf sciatique, et anévrisme de l'artère fémorale, par WETTERGREN. (*Era*, XII, p. 246.) — Monoplégie brachiale traumatique guérie par le dégagement du nerf radial, par CALIGNANI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 104.) — Trois cas de spasme du spinal accessoire traités sans succès par l'excision du nerf, par DERCUM. (*Philad. neurol. Soc.*, 22 oct.) — Sciatique traitée par de hautes doses d'antifébrine; guérison, par FLINT. (*N. York med. Record*, 1er déc.) — Névralgie du lingual, par S. BUSEY. (*Journ. of amer. Assoc.*, 17 nov., p. 697.) — Etat des artères dans la névralgie sus-orbitaire, par THOMA. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 409.) — Névrite alcoolique multiple, par LLOYD. (*Philad. neurol. Soc.*, 22 oct.) — Névrite périphérique aiguë récidivante, ataxie périphérique, par J. IMPACCIANTI. (*Lo Sperimentale*, septembre.)—Névrite parenchymateuse (4 cas), par THOMSEN. (*N. York neurol. Soc.*, 6 nov.) — Un cas de névrite arsénicale (empoisonnement, paralysie des membres, guérison par de hautes doses de strychnine), par WOOD. (*Med. News*, 29 déc.) — Tumeur sarcomateuse intéressant le plexus brachial; ablation par résection temporaire de la clavicule, par AUGUSTE REVERDIN. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 689.)

Nerveux (Syst.). — Structure de la névroglie des centres nerveux cérébro-spinaux, par Petrone. (*Gaz. d. ospit.*, n° 97.) — Structure intime de la fibre nerveuse, par Joseph. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 184.) — Sur quelques-unes des nouvelles méthodes d'examen microscopique du système nerveux central, par L. Greppin. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 498, 15 août.) — L'influence du système nerveux sur la vie des cellules, par T. W. Mills. (*N. York med. journ.*, p. 673, 22 déc.) — De l'action solidaire et corrélative des antithermiques et antipyrétiques sur le système nerveux et, en particulier, sur les centres sensitifs. Déduction relative au siège organique de la fonction thermogène, par Laborde. (*Soc. biologie*, 12 mai.) — De l'influence du système sympathique dans les maladies, par J. North. (*Journ. of amer. Assoc.*, 27 oct., p. 584). — Irritabilité neuro-musculaire, par Hadden. (*Med. Soc. of London*, 25 nov.) — Du syndrome astasie-abasie, par Berbez. (*Gaz. hebd. de méd.*, 30 nov.) — Les accidents de chemins de fer (choc nerveux), par Charcot. (*Gaz. des hôpit.*, 4 déc.) — De quelques troubles de nutrition à la suite des lésions nerveuses, par R. Arndt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 754.) — La neurasthénie, diagnostic et traitement, par L. C. Gray. (*N. York med. journ.*, p. 429, 20 oct.) — De l'affection cœliaque, par Gee. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Des dystrophies, par Mills. (*Philad. neurol. Soc.*, 26 nov.) — Les synalgies et les synesthésies, étude de physiologie nerveuse, par de Fromentel. (197 p., *Paris.*) — L'étude des maladies du système nerveux en Russie, par Raymond. (In-8°, *Paris.*) — Action du bromure de potassium sur les centres nerveux, note préliminaire, par H. Rossi et C. Agostini. (*Lo Sperimentale*, juillet.) — Des néoplasies nerveuses d'origine centrale, par Lesage et Legrand. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.)

Névrose. — De quelques névroses vaso-motrices, par Gibson. (*Edinb. med. journ.*, déc.) — Les tics coordonnés avec émission brusque et involontaire des cris et de mots articulés, par Chauvreau. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — De la migraine invétérée, par Hamilton Osgood. (*Journ. of amer. Assoc.*, 25 août, p. 279.) — Les névroses traumatiques, par Herm. Oppenheim. (*Berlin.*) — La crampe et les affections similaires, par Samuel Hine. (*Lancet*, 10 nov.) — Comment se comportent les névroses à la suite des opérations gynécologiques, par Gnauck. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 735.)

Nez. — Mécanisme du nez au point de vue de la respiration et de l'olfaction, par Macdonald. (*Brit. med. journ.*, 1er déc.) — Structure des saillies anguleuses de la cloison des fosses nasales, par H. Chatellier. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 606.) — De la vascularité de l'épithélium olfactif, par Bovier-Lapierre. (*Soc. biologie*, 15 décembre.) — Les maladies du nez et du naso-pharynx; leur traitement par l'électrolyse, par Voltolini. (In-8°, *Vienne.*) — Singulier cas de bâillement et d'éternuement, par Lee. (*Med. Press and circ.*, 11 janv.) — De la blennorrée lacrymale dans les affections du nez, par Gruhn. (*Münchener med. Woch.*, n° 27.) — Troubles oculaires et affection nasale (4 obs.), par L. Taylor. (*Journ. of amer. Assoc.*, 7 nov., p. 685.) — Cause de l'ensellure nasale (rétraction cicatricielle du tissu conjonctif au niveau du contour supérieur du trou pyriforme, par Michelson. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 17 septembre.) — L'aprosexie à la suite des désordres nasaux, par Guye. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 815.) — Dépendance fréquente de migraines persistantes de conditions anormales des fosses nasales, par Roe. (*N. York med. Record*, p. 200, août.) — Rétrécissement du champ visuel dans les affections des fosses nasales et des cavités voisines, par Reymond. (*Province méd.*, 22 déc.) — Des réflexes d'origine nasale, par Franck. (*Soc. de biol.*, 1er déc.) — La rhinite vaso-motrice,

par SECCHI. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Coryza et catarrhe nasal aigu, par ALBIN. (*Med. Brief*, XVI, 6.) — De la rhinite hypertrophique dans l'enfance, par CLELAND. (*Americ. Lancet,* fév.) — Ozène, nature et traitement (25 cas), par BRONNER. (*Med. Press and circul.*, 4 avril.) — Myasis des narines, par POWELL. (*St-Louis med. and surg. journ.*, oct.) — Tuberculose de la muqueuse nasale, par HAJEK. (*Internat. klin. Rundschau*, 23 déc.)—De la syphilis nasale, par MICHELSON. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 326.) — Kyste dermoïde du nez (4 cas), par BRAMANN. (*Soc. de méd. de Berlin,* 5 déc.) — Un cas rare de tumeur (kyste lymphatique) de la cloison du nez, par STRAZZA. (*Ann. des mal. de l'or.*, déc.) — Fibrome nasopharyngien pédiculé, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 778, 17 septembre.) — Fibromes naso-pharyngés, par F. INGALS. (*J. of amer. med. Assoc.*, 8 déc.) — Polype naso-pharyngien; résection temporaire de l'auvent nasal, par TIRIFANY. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, mai.)— Etiologie du rhinosclérome, par DITTRICH. (*Cent. f. Bacteriol.*, V, n° 5.)— De l'inoculation du rhinosclérome aux animaux, par STEPANOW. (*Monat. f. Ohrenh.*, XXIII, 1.) — Calcul nasal datant de 23 ans, par HEWETSON. (*Brit. laring. Assoc.*, 14 nov.) — Sur les abcès des sinus frontaux et leur traitement, par PITIOT. (*Thèse de Lyon*, n° 446.) — Des épistaxis, par WEIL. (*Würtemb. med. Corr.-Bl.*, n° 27.) — Irrigation de jus de citron contre les épistaxis graves, par FAUCHON. (*Bull. de thérap.*, 30 déc.)— Du traitement par le sozoiodol dans les affections rhino-laryngées, par FRITSCHE. (*Therap. Monatsh.*, n° 6.) — Pulvérisations d'alcool dans les affections des fosses nasales, par CRESWELL BABER. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Traitement du coryza, par GRETSCHINSKI. (*Semaine méd.*, 5 déc.) — Des cautérisations à l'acide chromique, par MEYER. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg.*) — Technique de la rhinoplastie partielle, par BAYER. (*Prager med. Woch.*, n° 10.) — Note sur la rhinoplastie, par D'AMBROSIO. (*Naples.*)

Nutrition. — Influence de l'exercice sur la nutrition, par KRONECKER et MAX GRUBER. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* n° 20, p. 629, 15 octobre.)— Expériences touchant les effets du travail mécanique sur la nutrition chez le cheval, par N. ZUNTZ et C. LEHMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 898, 29 octobre.)

O

Obésité. — Des cures d'amaigrissement, par PHILBERT. (*Broch. Moutiers.*)

Occlusion intestinale. — Affection des trompes comme cause d'occlusion intestinale, par PRICE. (*Philad. obst. Soc.*, 6 déc.) — Volvulus siégeant au commencement de l'iléon, laparotomie ; mort, par COLLINS WARREN. (*Boston med. journ.*, 18 oct., p. 380.) — De l'étranglement intestinal aigu, par LAUENSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 903.) — Invagination du cœcum et du colon ascendant et transverse guérie par la laparotomie, par ARTHUR BARKER. (*Lancet*, 4 août.) — Invagination aiguë, laparotomie ; guérison, par MONTAGU PERCEVAL. (*Lancet*, 18 août.) — Un cas d'ileus produit par un kyste ovarique tordu sur son pédicule, par HOCHENEGG. (*Wiener klin Woch.*, n° 2.) — Occlusion intestinale par des graines de melon, par HOLLIDAY. (*N. York med. record.*, 27 octobre.) — Deux cas d'invagination intestinale, par HUMPHREYS. (*Lancet*, 27 oct.) — Obstruction intestinale. Laparotomie, par MAYNE. (*Lancet,* 5 sept.) — Obstruction intestinale, laparotomie ; guérison, par EDM. OWEN. (*Lancet,* 20 oct.) — Trois cas d'obstruction intestinale causée par le diverticulum de Mœckel, par

G. Gibson Hamilton. (*Lancet*, 6 oct.) — Un cas d'obstruction intestinale, laparotomie, par Howard Marsh. (*Brit. med. journ.*, p. 1157, juin.) — Obstruction intestinale, intervention; mort, par Richardson. (*Boston med.*, 27 déc., p. 629.) — Obstruction intestinale par épithélioma du côlon descendant, résection de l'intestin, fermeture ultérieure de l'anus artificiel, par Penrose. (*Med. News*, 15 déc.) — De l'occlusion intestinale consécutive à la laparotomie, par Nieberding, Kaltenbach et Schwarz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 719, 27 août.) — Deux nouveaux cas d'occlusion intestinale traités et guéris par l'électricité, par Monod. (*Journ. de médec. de Bordeaux*, 15 avril.) — De l'entérostomie et de la laparotomie dans l'occlusion intestinale aiguë par volvulus, flexion, pincement, par R. v. Œttingen. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Occlusion intestinale, laparotomie, par Hertoghe. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, oct.) — Invagination du cœcum et de l'appendice vermiculaire; mort. Autopsie, par Chaffey. (*Lancet*, 7 juillet.)

Œil. — Compendium d'oculistique, par Fr. Hersing. (6e édition. *Stuttgart.*) — Direction anormale et dilatation de l'artère ciliaire antérieure externe du côté gauche, par Dessauer. (*Klin. Monats f. prakt. Augenh.*, sept.) — Images stéréoscopiques, par W. Kroll. (*Hambourg.*) — Exploration de l'œil, par Panas. (*Progrès médical*, 17 novembre.) — De l'emploi de verres cylindriques d'un quart de dioptrie, dans les migraines et douleurs orbitaires, par J. Chisolm. (*Journ. of. amer. Assoc.*, 27 octobre, p. 581.) — De la justesse de l'estimation des erreurs de réfraction, par Saint-Clair Buxton. (*Lancet*, 1er décembre.) — Détermination et traitement de l'hypermétropie, par F. Coleman. (*Journ. of amer Assoc.*, 29 déc.) — De la skiascopie, par Chouet. (*Recueil d'ophtalm.*, juin, p. 344.) — De l'astigmatisme irrégulier normal, par Exner. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIV.) — De la dyschromatopsie, par Pozzo di Monbello. (*Bologne.*) — De la sortie du liquide des chambres aqueuses et vitreuses sous différentes pressions, par Priestley Smith. (*The ophthalmic review*, juillet, p. 193.) — De l'inégalité d'accommodation chez l'homme sain et de l'anisométropie, par A. Fick. (*Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 477, 1er août.) — Troubles oculaires dans les maladies de la 5me paire et surtout des dents, par Galezowski. (*Progrès médical*, 21 juillet.) — Scotome expérimental par compression du globe oculaire, par Koller. (*Arch. of ophthalm.*, XVII, n° 2, juin, p. 227.) — Spasme ciliaire unilatéral produit par la compression de la carotide, par Bull. (*Arch. of ophthalm.*, XVII, n° 2, juin, p. 149.) — Photographie de l'intérieur de l'œil, par Barr. (*Am. journ. of opht.*, IV, n° 7, p. 181.) — Excroissances anormales sur la papille, par Randall. (*Amer ophth. Society*, juillet.) — Hémianopsie avec réaction de la pupille hémiopique, par Martins. (*Charité Annalen*, XIII *Jahrg.*, p. 261.) — Paralysie du moteur oculaire commun du côté droit et du moteur externe du côté gauche, par Bull. (*Arch. of ophthalm.*, XVII, 2, p. 147.) — Atrophie optique chez trois frères fumeurs, par Browne. (*Trans. ophth. Soc. of un. kingdom*, VIII, p. 235.) — Atrophie papillaire et dyschromatopsie chez les ataxiques, par Torelli. (*Bollet. d'ocul.*, 1er juillet.) — Remarques historiques sur le trachome et l'ophtalmie des armées, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, août-sept.) — L'ophtalmie migratrice ou sympathique, par R. Deutschmann. (*Hambourg.*) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Simon Snell. (*Lancet*, 1er sept.) — Névrite optique aiguë unilatérale, par de Schweinitz. (*Journ. of amer. Assoc.*, 15 déc., p. 859.) — Des maladies oculaires simulées, par J. Jacob. (*Thèse de Kiel.*) — De l'inflammation idiopathique de la capsule de Tenon, par Herschel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 670.) — Exophtalmie pulsatile, ligature de la carotide commune; guérison, par Buller. (*Journ. of amer. Assoc.*, 4 août, p. 169.) — Exophtalmie pulsatile, par Bronner. (*Opht.*

Soc. of unit. kingdom, 13 déc.) — Des blessures de l'œil par corps étrangers, par HEINRICH WEIDMANN, 1,762 cas. (*Thèse Zurich.*) — Incision rétrobulbaire de la gaine du nerf optique dans les cas d'œdème de la papille, par BRUDENELL CARTER. (*Brain*, juillet 1887.) — Eviscération et énucléation dans la panophtalmie, par TRUC. (*Montpellier méd.*, août, p. 101.) — De l'énucléation dans la panophtalmie, par MARTIN. (*Ann. d'oculistique*, juin, p. 364.) — Énucléation de l'œil dans la panophtalmie purulente, par J.-A. ANDREWS. (*N. York med. journ.*, p. 701, 29 déc.) — Action des inhalations de chlorure d'éthylène pur sur l'œil, par PANAS. (*Acad. des sc.*, 3 déc.) — Asepsie et antisepsie oculaires, par ABADIE. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 4, p. 359.) — Indications des injections sous-cutanées d'antipyrine à la tempe, par GRANDCLÉMENT. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 4, p. 365.) — Injections de calomel à la tempe et pénétration du mercure dans l'humeur aqueuse de l'œil, par RAMPOLDI. (*Annali di ottalm.*, XVII, f. 3, p. 202.) — Des injections sous-cutanées de pilocarpine dans la thérapeutique oculaire, par STADERINI. (*Ann. di ottalm.*, XVII, f. 3, p. 247.)

Œsophage. — Absence d'œsosophage, par CH. STEELE. (*Lancet*, 20 oct.) — Spasmes de l'œsophage, par DE RENZI. (*Riv. clin. dell' univ. di Napoli*, nov.) — Dilatation progressive des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (3 obs.), par E. DAVIS. (*Journ. of amer. Assoc.*, 25 août, p. 262.)

Olfaction. — De l'anosmie, par DUNDAS GRANT. (*Brit. laryng. Assoc.*, 14 nov.) — Mensuration de l'odorat dans les recherches cliniques, par ZWAARDEMAKER. (*Weckbl. van het. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* II, p. 109 et *Centralbl. f. d. med. W.*, p. 834.)

Onanisme. — Disparition du réflexe patellaire dans l'onanisme, par DE RENZI. (*Riv. clin. e terap.*, juillet.)

Ongle. — Du nouveau procédé de Stocquart pour la cure de l'ongle incarné, par MAZZUCCHELLI. (*Ann. univ. di med.*, nov.) — Décollement des ongles, par DURAND. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 déc.)

Orbite. — Plaies perforantes de l'orbite, par BAKER. (*St-Barthol. hosp. rep.*, XXIV.) — Sarcome de l'orbite, extirpation, récidive sur le fémur et le cubitus, par CORNIL et CASTEX. (*Bull. Soc. anat.*, p. 111.) — Abcès idiopathique aigu de l'orbite gauche, par CULLING. (*Brit. med. journ.*, 21 juillet.)

Orientation. — Études physiologiques sur l'orientation, par H. AUBERT. (*Tubingen.*)

Oreille. — Sur les stries acoustiques de l'homme, par H. WIRCHOW. (*Arch. für Physiologie*, p. 392.) — Sur le canal de décharge de l'endolymphe de l'oreille interne, par RÜDINGER. (*Sitz. d. k. bayer Akad. d. Wiss., Heft* 3, 1887.) — De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal, par JULIA. (*Thèse de Lyon*, n° 453.) — Préparations microscopiques de l'oreille interne des oiseaux et des mammifères, par URBAN PRITCHARD. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe, par GRADENIGO. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — L'oreille de Morel; étude de psychiatrie et d'anthropologie, par BINDER. (*Arch. f. Psychiat.*, XX, 2.) — Sur la physiologie des canaux semi-circulaires, par RICHARD EWALD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 899, 29 octobre.) — Réaction électrique du nerf auditif considéré dans ses rapports avec les conditions fonctionnelles de l'appareil percepteur des sons, par GRADENIGO. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — De l'hyperesthésie du nerf auditif, par KIESSELBACH. (*Monat. f. Ohrenh.*, XXIII, 1.) — La signification de l'expérience de Rinne

pour le diagnostic des affections du labyrinthe, par Rohrer. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Supplément à la question du diapason, par Bezold. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — Revue de la policlinique d'otiatrie de Tubingue, du 1er avril 1884 au 1er avril 1888, par Wagenhauser. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVII, 2 et 3.) — Sur l'activité de la clinique des maladies d'oreille à Halle, de janvier 1887 à mars 1888, par Reinhard et Ludewig. (*Ibid.*) — Diagnostic différentiel de certaines maladies de l'oreille, par Pomeroy. (*N. York med. journ.*, p. 676, 23 juin.) — Des affections de l'oreille après la rougeole, par Blau. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVII, 2 et 3.) — Hallucinations de l'ouïe, par U. Wingate. (*Boston med. journ.*, 11 octobre, p. 359.) — Hallucinations de l'ouïe (1 obs.), par Alban Kite. (*Bost. med. jour.*, 2 août, p. 105.) — De l'action de la quinine sur les organes auditifs, par Roosa. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Pathogénie des lésions de l'oreille et du labyrinthe dans différentes maladies infectieuses, notamment dans la scarlatine et la diphtérie, par Moos. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Inflammation chronique du recessus epitympanicus, par C.-H. Burnett. (*N. York med. journ.*, p. 569.) — Modifications de la caisse du tympan dans la perforation de la membrane de Shrapnell, par A. Hartmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 925.) — Étiologie des bouchons cérumineux, par Guye. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Paralysie faciale et maladies de l'oreille, par Atkin. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 28 déc.) — Sur la médication par la pilocarpine, par Boecke. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Traitement des bourdonnements d'oreille par les courants galvaniques, par Laroche. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Le traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre, par Stacke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 696.) — Emploi du galvano-cautère dans le traitement de la périostite de l'apophyse mastoïde, par Ménière. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Traitement des otites moyennes chroniques suppurées, par Kessel. (*Corresp. Bl. d. allg. Aertz. Vereins von Thüringen*, n° 9.) — Traitement des otites tendant à l'inflammation des cellules mastoïdiennes, mais ne nécessitant pas la trépanation de l'apophyse, par Morse. (*Boston med. chir. journ.*, 20 déc.) — Diagnostic des perforations du tympan, par Pins. (*Wiener medizinische Presse*, 30 déc.) — Un cas d'otite moyenne muco-purulente avec complication cébrale, par Styx. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — L'otite syphilitique, par M. L. Foster. (*N. York med. journ.*, p. 57, 21 juillet.) — Otite moyenne aiguë avec exsudat, paracentèse, examen microbiologique, staphylococcus pyogenes aureus et abcès, par Chatellier. (*Soc. anat.*, 23 nov., p. 915.) — De l'inflammation aiguë et de la suppuration des cellules mastoïdiennes et de son traitement par le raclage des cellules et l'ouverture de l'antre mastoïdien, par Hessler. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVII, 1.) — Etude des affections mortelles intracrâniennes consécutives à la carie du rocher (abcès cérébraux, phlébite des sinus, méningite, par Körner. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVII, 2 et 3.) — Trépanation de l'apophyse mastoïde, par Mitzkouner. (3e *Cong. des méd. russes de Saint-Pétersbourg.*) — Guérison de 62 cas sur 67 de surdité sénile par tampon d'ouate imbibé d'une solution huileuse de phosphore, par Sapolini. (*Berlin. klin. Woch.*, 1878, 22 octobre.) — — Des abcès intracrâniens consécutifs aux abcès de l'oreille et de leur traitement, par Chauvel. (*Bull. Acad. de Médec.*, 9 oct.) — Nécrose des cellules mastoïdiennes, du labyrinthe de l'autre côté, paralysie faciale, récupération partielle de l'ouïe, par Turnbull. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 1er déc.) — Carie ancienne du rocher, phlébite suppurée. Infarctus gangreneux du poumon. Coexistence de parasites pyogènes et saprogènes, par Netter et Delpeuch. (*Bull. Soc. anat.*, p. 764.) — Abcès sous dure-mérien de la région mastoïdienne, trépanation, crises d'opisthotonos, mort. Carie du rocher et abcès du cerveau, par Chipault. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 856.) — Surdités héréditaires, par Boucheron. (*Bull. méd.*, 5 déc.) — Des fo-

lies sensitives acoustiques ou troubles mentaux causés ou entretenus par les maladies de l'oreille, par Cozzolino. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Les affections du nerf auditif au point de vue clinique, par Gradenigo. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 5.) — Des maladies du nerf acoustique, par Gradenigo. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVII, 2 et 3.) — Vertige de Ménière, par F. Bianchi. (*La Riforma medica*, 3, 4 et 5 octobre.) — De la sclérose progressive et de son traitement par la ténotomie du tenseur du tympan, par Cholewa. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — Perforation accidentelle de la fenêtre ronde au moyen du galvano-cautère ayant eu pour résultat de diminuer une excessive pression labyrinthique, par Cozzolino. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Coup de feu dans l'oreille ayant lésé l'oreille interne. Confirmation du rôle physiologique des canaux demi-circulaires et de la corde du tympan, par Thiéry. (*Bull. Soc. anat.*, p. 528.) — Valeur diagnostique de l'hémorragie auriculaire dans les blessures de la tête, par Bennett. (*Med. News*, 22 déc.) — Corps étrangers dans le conduit auditif externe, par Kollock. (*N. York med. journ.*, p. 181, 18 août.) — Traitement opératoire d'une hyperostose du conduit auditif externe, par Pooley. (*New York med. journ.*, 6 mars 1889.) — Exostose de l'oreille interne, par Heiman. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille, par Knapp. (4e *Cong. d'otol. Bruxelles.*) — Exostoses du conduit auditif externe (3 obs.), par Benson. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 7 déc.) — De l'othématome ou oreille des aliénés, par Field. (*N. York neurol. Assoc.*, 2 déc.) — Fibromes du lobule auriculaire causés par des boucles d'oreille non polies ou oxydables, par Knapp. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 879, 22 octobre.) — Angiome polypeux du conduit auditif externe, par Hutington Richards. (*Journ. of Amer Assoc.*, 28 juillet, p. 136.) — Nævus de l'oreille, par Atkin. (*Sheffield. med. chir. Soc.*, 28 déc.) — Observation de cancer de l'oreille, par Bacon et Muzzy. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — Sur l'épithélioma du pavillon de l'oreille et son extension à l'os temporal, par G. Ferreri. (*Lo Sperimentale*, juillet.)

Oreillon. — Oreillons infectieux et oreillons compliqués, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.*, 6 déc.) — L'os sphénoïde; quelques-unes de ses fonctions, par Malouey. (*N. York med. journ.*, p. 144, 11 août.) — De la mensuration des os longs des membres dans ses rapports avec l'anthropologie, la clinique et la médecine judiciaire, par Rollet. (*Thèse de Lyon*, n° 447.) — Hyperostose générale de la face, par Fraenkel. (*Berl. klin. Woch.*, 29 oct.) — Maladies des os, pathologie, diagnostic et traitement, par Jones. (In-8°, *Londres.*) — Gonflement symétrique des calcanéums cédant au traitement syphilitique, par Melcher. (*Bull. klin. Woch.*, p. 694, 20 août.) — Des exostoses de croissance, par Peltier. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Carie du tarse, exostoses multiples, par M. Bryant. (*Lancet*, 20 oct.) — Exostose du tibia faisant saillie dans le creux poplité, ablation, par Auffret. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Expulsion spontanée d'un séquestre, par Neve. (*Edinburg. med. journ.*, déc.) — Ostéotomie dans un cas de tibia rachitique, par F.-L. Fisher. (*Lancet.*, 3 nov.) — Méthode d'ostéotomie pour le genu valgum, par E. Hahn. (*Cent. f. Chir.*, n° 48, 1er déc.) — Des ostéites primitives et isolées de la rotule, leur traitement; de la reproduction de cet os après son ablation totale, par François. (*Thèse de Lyon*, n° 451.) — De l'intervention précoce dans l'ostéomyélite épiphysaire aiguë suppurée, par Thelen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 856, 15 octobre.) — De l'ostéomyélite aiguë infectieuse, par Bobroff. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*) — Nécrose de la totalité de la diaphyse fémorale, suite d'ostéomyélite, par Sonnenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 978, 26 novembre.) — Ostéomyélite aiguë du péroné, ablation de la diaphyse; guérison, par Polaillon. (*Union médicale*, 11 décembre.) — De l'ablation de l'astragale

dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne, par TROUILLET. (*Thèse de Lyon*, n° 452.) — Coxalgie secondaire à une ostéite marginale de l'éminence iléo-pectinée, psoïte suppurée et apyrétique secondaire à la même lésion du bassin, trépanation d'emblée de l'os iliaque, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 518, 9 déc.) — Le traitement de la carie des os sans opération, par OSCAR KOLLMANN. (*Neuwied.*) — Extirpation de l'astragale, par MICHEL CHRISTOVITCH. (*Revue de chirurgie*, n° 9, p. 779.) — Pièces d'ostéomalacie sénile, par MARCHAND. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 958, 19 nov.) — Myxome kystique provenant de la bourse séreuse située sous le ligament rotulien et occupant la région antérieure du condyle interne du tibia droit, extirpation ; guérison sans récidive depuis 18 mois, par P. CHAVASSE. (*Revue de chirurgie*, n° 9, p. 775.) — Sarcome des os longs, par SOMMERBRODT. (*Deut. milit. Zeit.*, fév., p. 95.) — Ostéo-sarcome du bassin avec oblitération complète de la veine cave inférieure d'origine néoplasique, par F. LEGUEN. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 551.)

Ovaire. — Ovarite et kystes de l'ovaire, par PETIT. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, juillet.) — Kyste ovarique complètement détaché de ses insertions par torsion de son pédicule et adhérent seulement à l'épiploon ; trouvaille d'autopsie, par WINTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 692, 20 août.) — Fibro-myxome volumineux de l'ovaire, laparotomie, par DOLÉRIS. (*Jour. de méd. Paris*, 23 déc.) — Kyste tubo-ovarien avec écoulement du liquide kystique par l'utérus et le vagin, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 8 décembre.) — Kyste tubo-ovarique, par MAUCLAIRE. (*Bull. Soc. anat.*, p. 905.) — Deux kystes ovariques multiloculaires, par BAER. (*Journ. of amer. Assoc.*, 24 nov., p. 749.) — Fibro-myxome de l'ovaire, par P. PETIT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 867.) — Kyste dermoïde de l'ovaire à développement insolite, par DURET et VOITURIEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 2 nov.) — Sarcome de l'ovaire avec torsion du pédicule, par D. NELSON. (*Journ. of amer Assoc.*, 27 octobre, p. 602.) — Résumé de 13 ovariotomies et 12 laparotomies diverses, par J. IRISH. (*Boston med.*, 27 déc., p. 621.) — Quatrième série de 35 ovariotomies, par TERRILLON. (*Bull. de thér.*, 30 déc.) — Technique de l'ovariotomie telle qu'elle est pratiquée à University Hospital par GOODELL, par ADLER. (*Med. News*, 29 déc.) — Ovariotomie sur une femme de 82 ans ; guérison, par HOMANS. (*N. York med. record.*, p. 496, mai.) — Note sur la difficulté de reconnaître les kystes suppurés de l'ovaire et sur la rupture de ces kystes pendant l'ovariotomie, par POLAILLON. (*Union médic.*, 1er novembre.) — Un cas d'opération de Tait, ablation des 2 ovaires ; guérison, par BINGHAM. (*Boston med. journ.*, 25 octobre, p. 411.) — Kyste de l'ovaire, ponctions répétées, laparotomie ; mort (2 obs.), par R. REED. (*Journ. of amer Assoc.*, 15 sept., p. 374.) — Oophorectomie pour prolapsus de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas, par F. HARTIGAN. (*Journ. of Amer Assoc.*, 22 sept., p. 412.) — Quatre cas d'oophorectomie, par TABER JOHNSON. (*Journ. of amer Assoc.*, 29 sept., p. 448.) — Des tubes à drainage après l'ovariotomie, par C. E. TAFT. (*N. York med. journ.*, p. 39, 14 juillet.) — Extirpation des ovaires et des trompes sans résultat ; deux cas, par TOD. GILLIAM. (*New. York med. record.*, p. 389, sept.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire, opération, guérison rapide, par J. GALTON. (*Lancet*, 11 août.) — Seconde série de laparotomies dont 11 ovariotomies, par J. CULLINGWORTH. (*Lancet*, 27 oct.) — Kyste de l'ovaire déplacé, produisant une douleur pelvienne continue, ablation ; guérison, par W.-K. MAC MORDIE. (*Lancet*, 6 oct.) — Tumeur kystique de l'ovaire, ovariotomie ; guérison, par R. TORRANCE. (*Lancet*, 29 sept.)

P

Palais.—Tuberculose du voile du palais, par Uchermann. (*Rev. internat. des sc. méd.*, n° 8.)— Fibrosarcome du pilier postérieur gauche du palais, par Hopmann. (*Berl. klin. Woch.*, 12 nov.) — Chorée du voile du palais, par Schadle. (*Journ. of amer. Assoc.*, 20 octobre, p. 554.) — Perforation de la voûte du palais par arme à feu, par Herescu. (*Spitalul*, n° 8, p. 186.) — Des éléments de succès dans la palatoplastie, par Marsh. (*Lancet*, 7 juillet.)

Paludisme. — L'étiologie de la malaria, par Günther. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 879.) — Recherches anatomo-pathologiques sur le foie dans les fièvres pernicieuses comateuses, par P. S. Pampoukis. (*Bull. Soc. anat.*, p. 670.) — Sur l'étiologie du paludisme, par Soulié. (*Soc. biologie*, 17 novembre.) — Hématozoaires du paludisme, par Straus et Laveran. (*Ibid.* 24 novembre.) — Note sur l'infection paludéenne, par Giard. (*Ibid.* 24 novembre.) — Sur la structure intime du plasmodium malariæ, par A. Celli et G. Guarneri. (*La Riforma medica*, 7 septembre et 12 octobre.) — Contribution à l'étude du marais nautique, par Simon. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Le marais et les divers systèmes de culture du riz, leurs rapports avec les fièvres intermittentes et typhoïde, par Bonizzardi. (*Atti della 3ª riunione d'igien. ital.*) — Pathologie et traitement de l'hémoglobinurie malariale, par Stamps. (*Therap. Gaz.*, oct.)—Des manifestations gastriques intestinales et gastro-intestinales du paludisme, par Garnier. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — Complication paludéenne dans quelques intoxications, par Moursou. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — La quinine à hautes doses comme médication préventive de la fièvre paludéenne, par C. Graeser. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 843, 15 octobre.) — Le phagocytisme dans l'infection malarique, par Golgi. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Les injections parenchymateuses d'eau pure dans le traitement de l'hypertrophie splénique de l'impaludisme, par E. Boari. (*La Riforma medica*, 20 octobre.)

Pancréas.—Cancer du pancréas, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 12 déc.) — Etude clinique du cancer du pancréas, par Kofler. (*Riv. clin. e terap.*, déc.) — Premier cas de sarcome primitif du pancréas (chez un garçon de 4 ans), par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 897, 29 octobre.) — Hydropisie de la vésicule biliaire à la suite d'un cancer du pancréas; incision; mort, par G. Krieger. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 793.)

Pansement. — La meilleure manière de désinfecter les instruments de chirurgie, par Davidsohn. (*Berl. klin. Woch.*, 27 août.) — De la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement, par Redard. (*Rev. de chir.*, n°s 5 et 6.) — La stérilisation par la chaleur en chirurgie, par Poupinel. (*Ibid.* n° 8.) — L'état actuel de l'antisepsie, par A. Bum. (*Wien. med. Presse*, n° 26, p. 949.)—Du fil de lin pour suture et ligature, par Heyder. (*Cent. f. Chir.*, 22 déc.) — Recherches sur la stérilisation du catgut, par A. Reverdin. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin, juillet, sept.) — De l'emploi comme antiseptique du goudron, par Ehrman. (*Cent. f. ges. Therap.*, juillet.) — De l'emploi des sutures perdues dans quelques opérations plastiques, par Jacques L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 479, août.) — De l'ébullition des drains et de la guérison sous la croûte sanguine humide, par Turazza. (*Gaz. d. ospit.*, n° 90.)

Paralysie.—Paralysie multiple des nerfs cérébraux, par Galassi et Parisotti. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 3.) — Paralysie partielle de la sen-

sibilité, par Pick. (*Berl. klin. Woch.*, 2 juillet.) — Destruction spontanée des centres moteurs chez un chien sans paralysie consécutive, par E. Dupuy. (*C. R. Soc. biologie,* 24 mars.) — Désordres de la motricité consécutifs aux lésions de la dure mère crânienne, par Dupuy. (*Ibid.*)—De la paralysie faciale périphérique, par Despaigne. (*Thèse de Paris,* 27 déc.) — Déviation de la face dans l'hémiplégie organique, par Belin. (*Thèse de Paris*, 4 déc.) —De la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore,* par Neumann. (*Union médicale*, 15-29 novembre.) — Paralysie de la 5e paire, par Sous. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 4 nov.) — 2 cas de paralysie des nerfs de l'avant-bras par l'emploi soit de la bande, soit du tube d'Esmarch, chez des femmes âgées; guérison par l'électricité, par Wilhelm von Muralt. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 476, 1er août.)—Deux cas de paralysie radiale par fractures, guéries l'une par libération du nerf, l'autre par les courants constants, par Wilh. von Muralt. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* p. 476, 1er août.) — Paralysie par fracture obstétricale; nerf dégagé du cal; insucès, par W. von Muralt. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* p. 475, 1er août.) -- Des paralysies motrices par l'usage de l'arsenic, par J. Putnam. (*Boston med. jour.*, 5 juillet, p. 1.) — Paralysie de la partie inférieure du trapèze, par Jackson. (*Med. Soc. of London,* 17 déc.) — Observation de paralysie traumatique de la vessie et du rectum avec anesthésie circonscrite, par Huber. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 39.)—De l'orthopédie opératoire pour la correction de quelques difformités des membres inférieurs consécutives à la paralysie infantile, par Postempski. (*Bull. Accad. med. di Roma*, avril-mai.) — Un cas de paralysie infantile spasmodique, par H. J. Richardson. (*Lancet,* 10 nov.)—Paralysie pseudo-hypertrophique chez une femme, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 12 déc.)

Paralysie générale. — Rapports de la paralysie générale avec la syphilis cérébrale, par Ritti. (*Gaz. hebd. de méd.,* 7 déc.) — Nouveau moyen de diagnostic de la paralysie générale tiré de l'analyse des urines, par Mazzo. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janvier.)— Un cas de paralysie générale de 10 ans de durée, par F. Jelly. (*Boston med. jour.*, 12 juill., p. 25.)—Paralysie générale d'origine traumatique, par Arnaud. (*Encéphale,* nov.)

Parole. — Deux cas de cécité verbale, par Borel. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 507, août.) — Les aphasies; méthode pour les reconnaître, par Allen Starr. (*New York med. Record*, p. 497, 27 oct.)

Pathologie.—Manuel de pathologie interne, par Richard Fleischer (1re partie. *Wiesbaden.*) — Les côtés obscurs et les côtés lumineux de la pratique médicale, par Farrington. (*N. York med. journ.,* p. 234, 1er sept.)

Paupière.—Colobome congénital des paupières, par Dor. (*Rev. gén. d'opht.,* déc.) — Contribution à l'étude des anomalies congénitales des paupières, par Creutz. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.,* août.) — Observation de lithiase palpébrale, par Grand. (*Loire médic.*, 15 déc.) — Un cas de ptosis congénital, par Fuchs. (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 oct.)— De l'opération du ptosis, par Darier. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 4, p. 353.) — Chalazions multiples et inflammation chronique du tarse des quatre paupières, par Addario. (*Ann. di ottalm.*, XVII, f. 3, p. 259.)—Le traitement de l'orgeolet, par Trousseau. (*Revue gén. de clin. et de thérapeutique,* 5 juillet.)—Opération de l'entropion fonctionnel par les sutures horizontales, par Gillet de Grandmont. (*Soc. d'opht. de Paris*, 4 déc.) — De l'emploi des pulvérisations phéniquées dans les affections palpébrales, par Sedan. (*Recueil d'ophtalm.*, X, n° 5, p. 266.)

Peau. — Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises, comparée à la même organisation dans les Facultés françaises, par LELOIR. (In-8°, *Paris.*) — Histologie de la peau du cheval, par FRED. SMITH. (*Journ. of anat. and physiol.*, janv.) — Mobilité de la peau, par PASIETTI. (*Riforma med.*, 9 août.) — Remarques à l'occasion d'une communication de M. BROWN-SÉQUARD sur la formation de la corne, par MÉGNIN. (*Soc. biologie*, 29 décembre.)—Kératohyaline et éléidine, par BUZZI. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 1.) — Œdème aigu circonscrit de la peau, par LOIMANN. (*Wiener med. Presse*, n° 21.)—Dermatite exfoliatrice aiguë, par GORTER. (*Weekbl. van het. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, II, p. 79.) — Forme d'éruption accompagnant la maladie de Kaposi et le prurigo estival des adolescents, par HUTCHINSON. (*Clin. Soc. of London*, 14 déc.) — Deux cas d'hyperémie cutanée, maculeuse, purpurique, symétrique avec induration, par HUTCHINSON. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 23.) — Dermatite tubéreuse suite d'intoxication iodurée; du soi-disant acné anthracoïde iodique, par TAYLOR. (*Americ. dermat. Assoc.*, sept.) — Des dermatoses rhumatismales, par BLANC. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — Etudes cliniques sur le sarcome cutané, par FUNK. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 1.)—L'arsenic en dermatologie, par MERRILL RICKETS. (*Journ. of amer. Assoc.*, 1er sept., p. 293.) — De l'hydroxylamine comme agent thérapeutique en dermatologie, par EICHHOFF. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 1.) — De l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses, par BIELOWSKI. (*Thèse de Paris*, 13 déc.)

Pellagre. — Traitement de la pellagre à l'hôpital majeur de Milan, par CANETTA. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, n° 10.) — Du typhus pellagreux, étude anatomopathologique et bactériologique, par MARCHI. (*Riv. di freniatria*, XIV, nos 3 et 4.)

Pemphigus. — Pemphigus de la conjonctive ayant amené un symblepharon, par CZERMAK. (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 avril.)

Périnée.—Procédé pour les cas de rupture complète du périnée, par WESTON. (*Gyn. Soc. of Chicago*, 16 nov.) — De la périnéoplastie, par ZWEIFEL, SAENGER et OLSHAUSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Traitement chirurgical des déchirures du périnée et du plancher pelvien, par WATHEN. (*N. York med. journ.*, p. 706, 29 déc. et *Lancet*, 17 nov.) — Périnéorraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement, par EUSTACHE. (*Journ. sc. méd. Lille*, 9 nov.)—Un nouveau procédé de périnéorraphie, par A. P. DUDLEY. (*Amer. journ. of obst.*, décembre.)

Péritoine. — Du relâchement du péritoine et des parois abdominales, par WIEDOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.)—Quatre cas de péritonite pendant la grossesse, par BLACKADER. (*Montreal med. chir. Soc.*, 19 oct.) — Trois cas de péritonite, par MOORE. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Péritonite localisée dans les affections des viscères abdominaux, par H. C. COE. (*N. York med. journ.*, p. 340, 29 sept.) — Particularité de diagnostic dans la péritonite aiguë par perforation, par G. MACKENZIE. (*Lancet*, 1er déc.) — Péritonite par perforation causée par des ascarides lombricoïdes, par MURRAY. (*Lancet*, 1er septembre.) — Péritonite septique et endocardite, par SMITH. (*N. York med. Record*, 17 déc. 1887.) — Le traitement de la péritonite, par MEIGS. (*Med. News*, 8 déc.) — Idem, par BALDY. (*Ibid.*) — Du drainage du péritoine et particulièrement du drainage avec des mèches iodoformées, par PISKACEK. (*Med. Jahrb.*, Heft 1.) — Péritonite puerpérale purulente; incision et drainage; guérison, par S.

Woodward. (*Boston med. jour.*, 12 juill., p. 33.) — Traitement chirurgical de la péritonite suppurée généralisée et de la septicémie péritonéale, par O. Witzel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 855, 15 octobre.) — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 19 déc.). — Deux cas de péritonite suppurée avec laparotomie; une mort; une guérison, par C. B. Keetley. (*Lancet*, 29 déc.) — Deux laparotomies dans des cas de péritonite tuberculeuse, par Mayo Robson. (*Lancet*, 15 déc.) — Péritonite puerpérale avec abcès sous-péritonéal; opération; guérison, par John Taylor. (*Lancet*, 10 nov.) — Les suites du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse, par Witzel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 812.)

Pharmacologie.—Principes de pharmacologie, par C. Binz. (10e édition revue. *Berlin*, 1889.) — Remarques sur le travail de Kumagava intitulé : « Sur l'influence exercée par quelques médicaments apyrétiques sur la transformation des albuminoïdes dans l'organisme, » par E. Salkowski. (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXIII, 2.) — L'oxydation de la pyrocatéchine dans l'organisme, par Colasanti et Moscatelli. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Sur l'action physiologique de la pilocarpine et de ses dérivés par rapport à leur constitution chimique, par Coppola. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Influence de l'hydrastis, de l'ergotine et de l'hamamelis virginica sur la circulation pulmonaire, par Trovati. (*Rivista clinica e terap.*, avril.) — Action de la cytisine, de la cornutine et de l'acide sclérotinique sur le système vasculaire, par Streng. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Sur la toxicité des isomères de la cinchonine, par Langlois. (*Soc. biologie*, 15 décembre.) — Le soja et ses applications économiques et thérapeutiques, par Egasse. (*Bull. de thér.*, 30 nov.)— Du principe diurétique contenu dans les graines de strophantus, par Catillon. (*Soc. de thérap.*, 26 déc.)—La strophantine, par G. Sée et Gley. (*Bull. Acad. de médec.*, 13 sept.) — Note sur la saccharine, par Bruylants. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juin.) — Etude comparative des propriétés physiologiques des composés chlorés de l'éthane, par Dubois. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.) — Effets de l'antipyrine sur la sécrétion du lait, par Ross. (*Med. News*, 8 déc.) — Des rapports entre les médicaments antihelmintiques et leurs fonction et constitution chimiques, par Guareschi. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, n° 12.) — Sur quelques effets physiologiques et toxiques de l'aniline et des toluidines, par Wertheimer et Meyer. (*Soc. biologie*, 22 décembre.) — Quelques expériences avec la créoline, par Baumgarten. (*Cent. f. Bacteriol.*, V, 4.) — De la créoline, par Lemoine. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 déc.) — L'action du chrome, par Pander. (In-8°, *Stuttgard.*) — Valeur aseptique de l'iodol, par Mazzoni. (*Bull. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 2.) — Action du sulfate de nickel sur l'organisme, par Laborde et Riche. (*Soc. biologie*, 6 octobre.)— Conservation des solutions de sublimé, par Michaelis. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, p. 395.)

Pharynx. — Étude sur l'anatomie normale et pathologique du pharynx nasal, par Suchannek. (*Zurich et Iéna.*) — Recherches sur la soi-disant bourse pharyngée, par Suchannek. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIX, 3.) — De la bourse et de l'amygdale pharyngées, par Kilian. (*Morpholog. Jahrbuch*, XIV, 4.) — Méthode d'examen du pharynx et du larynx, par Vohsen. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 1.) — Traitement de la pharyngite chronique par la douche pharyngée, par Nuvoli. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma*, VIII, 2.) — Traitement de la pharyngite chronique, par Fraenkel. (*Therap. Monatsh.*, n° 2.) — Affections hystériques de la gorge, par Scanes Spicer. (*West London med. chir. Soc.*, 7 déc.) — Des céphalées liées à des lésions du pharynx nasal ou des oreilles, par Gradle. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 8 sept.,

et *London med. Recorder*, 20 nov.) — Traitement des affections nerveuses de la gorge, par MACINTYRE. (*British laryng. Assoc.*, 14 nov.) — Végétations adénoïdes du pharynx, leur influence sur l'oreille moyenne, leur traitement, par LENNOX BROWNE. (*Brit. med. Assoc. Glasgow.*) — Des végétations adénoïdes, par WEIL. (*Wurtemb. med. Corr.-Bl.*, n° 27.) — Polypes muqueux gigantesques du pharynx, par HOPMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov.) — Tumeur naso-pharyngienne reliée à la base du crâne, ablation sans incision externe, par CLUTTON. (*Lancet*, 1er déc.)

Physiologie. — Traité de physiologie de L. HERMANN. (9e édition revue. *Berlin*, 1889.)

Pied. — De la guérison de l'oignon par l'acide phénique, par SALEMI. (*Bull. de thér.*, 15 nov.)—Epithélioma du pied avec envahissement des ganglions fémoraux et iliaques, par W. ANDERSON. (*Lancet*, 11 août.) — Du traitement du pied bot, par KIRMISSON. (*Bull. méd.*, 2 déc.) — Pied bot équin varus chez l'adulte; deux cas de double résection du tarse faite avec succès; opération de DAVIES COLLEY, par FAIRBANK. (*Brit. med. journal*, 27 oct.) — Le pied bot et ses conséquences sur le reste du squelette, par G. HERMANN VON MEYER. (*Iéna.*) — Du pied bot équin varus et de la tarsectomie postérieure, par THIRIAR. (*La Clinique*, 10 mai.) — Attelles de feutre pour le traitement consécutif du pied bot, par VON MURALT. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er août.)

Pityriasis. — Un cas de pityriasis pilaris, par BOECK. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, VIII, 3.) — Cas de pityriasis rubra aigu, par BLANCARD. (*Lancet*, 12 mai.)

Placenta. — Développement de placenta du myotus murinus, par RICHARD FROMMEL. (*Wiesbaden.*) — Développement du placenta chez les chauves-souris, par FROMMEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.) — Les placentas discoïdes en général, à propos du placenta des rongeurs, par MATHIAS DUVAL. (*Soc. biologie*, 6 octobre.) — Les placentas discoïdes, par E. VAN BENEDEN. (*Soc. biologie*, 3 novembre.) — Recherches sur la structure et le développement du placenta humain, par HEINZ. (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 3.) — Mécanisme du décollement du placenta, par FEHLING. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — De l'expression placentaire, par VALENTINO. (*Raccoglitore med.*, n° 15.) — Sur un placenta double dans un cas de grossesse simple, par GUÉNIOT. (*Bull. Acad. de médec.*, 23 oct.) — Placenta marginé d'un enfant à terme contenant un ovule avec fœtus au 4e mois, par SCHULTZE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.)—Recherches cliniques et histologiques sur les infarctus du placenta, par ROSSIER. (*Arch. für Gyn.*, XXXIII, 3.) — De la rétention du placenta, par TURAZZA. (*Gaz. d. ospit.*, n° 82.) — Coupes d'un utérus d'une femme morte au début du travail par hémorragie due à une insertion vicieuse du placenta, par AHLFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Genèse de l'insertion vicieuse du placenta (développement sur la caduque réfléchie), par HOFMEIER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.)

Plaie. — Détermination de la pression négative dans diverses plaies, par FERRARI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 88.) — Guérison de blessures multiples graves produites par une locomotive (fractures costales, sternale, humérale; fracture du bassin, paralysie des sphincters et du nerf radial), par NICOLAI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 875, 22 octobre.) — Plaie par arme à feu de la cuisse et de l'abdomen, par VIDAL G. THORPE. (*Lancet*, 8 déc.) — Du trait conservateur des plaies du genou par arme à feu, par SCHICKERT. (*Thèse de Berlin*, 1887.)

Plèvre. — Etude critique et clinique sur les rapports étiologiques de la pleurésie avec la tuberculose, par Coriveaud. (Broch. *Bordeaux.*)—Sur un cas de pleurésie hémorragique primitive terminée par la guérison, par Troisier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 octobre.) — Exsudats pleuraux traités et guéris par des manœuvres pneumatiques, par Lava. (*Gaz. d. ospit.*, n° 87.) — Traitement des épanchements pleurétiques récents par les purgatifs salins, par Blaikie Smith. (*Brit. med. j.*, p. 809, oct.) — Un cas intéressant d'empyème, par J. H. Drake. (*Lancet*, 15 sept.) — Pyothorax; thoracentèse; guérison, par Edw. Squire. (*Lancet*, 22 sept.) — De la compression élastique jointe à l'emploi de résections costales peu étendues dans le traitement de l'empyème, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 déc.)—Empyème double; résection d'une côte à droite; drainage de la plèvre sans résection à gauche; guérison, par D. Blunt. (*Lancet*, 21 juillet.) — Pleurésie purulente pendant la grossesse; syphon; guérison; réflexion sur la pleurotomie, par A. Mayor. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 616, octobre.) — Pleuro-péricardite et méningite cérébro-spinale séro-fibrineuse, produites par un organisme semblable au diplocoque de la pneumonie, par Bonome. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.) — Pleurésie purulente traumatique à gauche; traitement de la pleurésie; tuberculose des ganglions mésentériques, péribronchiques, de la plèvre et du poumon droits; hémorragie pulmonaire; mort subite, par Ria. (*Incurabili*, n° 19.) — De l'intervention opératoire dans la pleurésie purulente, par Lindenbaum. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*) — Recherches sur les méthodes de traitement de l'empyème, par Hadsdon. (*Edinburgh med. journ.*, déc.) — De la pleurotomie postérieure; recherches anatomiques sur le lieu d'élection de l'incision dans l'opération de l'empyème, par C. Walther. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 259.) — Des concrétions calcaires de la plèvre et du poumon, par A. Pozzi et Hudelo. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 nov.) — Kyste dermoïde de la plèvre, par Mantovani. (*Riv. veneta di sc. med.*, août.) — Des productions pathologiques inter-pleurales; leurs causes, leurs significations, leurs relations avec la phtisie pulmonaire, par Leaming. (*New York med. Record.*, p. 525, 3 nov.)

Poids.—Modifications du poids du corps dans les maladies, par Kohlschütter. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 303.)

Poil.—Hypertrichose circonscrite à la région lombaire, suite de traumatisme, par Ohman Dumesnil. (*Journ. of cutan. dis.*, mars.) — De la trichomycose nodulaire, par Juhel-Rénoy. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 12.) — Un cas d'alopécie en aires suite d'opération sur le cou, par Pontoppidan. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VIII, 2.) — Pathogénie de l'alopécie areata, par Mibelli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 4.) — Un cas de cheveux annelés (pili annulati), par Riehl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 mai.) — Des folliculites et périfolliculites décalvantes, par Brocq. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 octobre.)

Poumon. — Atlas d'anatomie pathologique des poumons, par feu Wilson Fox. (*Londres.*) — Lobe accessoire du poumon gauche chez un enfant de 16 mois mort du croup, et broncho-pneumonie de ce lobe, par Huguenin et Sorel. (*Bull. Soc. anat.*, p. 862.) (Examen histologique, par Darier, p. 892.) — Considérations cliniques sur le gonflement et la rigidité des poumons, par S. von Busch. (*Wien. med. Presse*, n° 23, p. 825.) — Du diplocoque de la pneumonie comme cause des pneumonies primitives aiguës, par Weichselbaum. (*Cent. f. Bacteriol.*, V, n° 2.) — Du micro-organisme de la pneumonie typhique, par Arustamow. (*Wratch.*, n° 47.) — Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pneumonie, par Foa. (*Giorn. Accad. di med. di Torino,*

n° 12.) — Etiologie de la pneumonie, par GUARNIERI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana, Roma*, VIII, 4.) — Recherches sur la pleurésie et la péricardite dans la pneumonie croupale, par THUE. (*Cent. f. Bacteriol.*, V, n° 2.) — De la pneumonie infectieuse à caractère épidémique, par LARDIER. (*Bull. méd. des Vosges*, oct.) — Etiologie de la pneumonie fibrineuse aiguë, par BOZZOLO. (*Congresso della Società italiana di medicina interna.* Rome.) — Contribution à la pathologie des pneumonies secondaires (pneumonie érysipélateuse et pneumonie rhumatismale (elles sont toujours produites par le pneumocoque de Fränkel), par R. MASSALONGO. (*Riforma medica,* n° 147.) —Pneumonie à la suite du tiraillement du laryngé supérieur, par KIRSCHEN. (*Wiener med. Presse,* n° 38.) — Sur une nouvelle méthode de traiter certains cas d'emphysème pulmonaire; ceinture élastique, par BERDEZ. (*Rev. méd. Suisse romande,* VIII, p. 345.) — Du traitement des hémorragies pulmonaires par l'atropine, par GRARD. (*Arch. de méd. belges,* juin.) — De l'ichthyol dans les affections pulmonaires, par MAYS. (*Med. News,* 18 août.) — Résolution tardive de la pneumonie, par MARCHIAFAVA. (*Bul. d. Soc. Lancisiana Roma,* VIII, 4.) — Sur le traitement de la pneumonie, par MARAGLIANO. (*Congresso della Soc. ital. di medic. interna.* Rome.) — Abcès du poumon, par HAVELOCK DAVIS. (*Lancet,* 1er sept.)—Un cas de pneumonie à résolution traînante; abcès ouvert à l'extérieur; guérison, par EDSON. (*New York med. Record.*, p. 421, 6 oct.) — Abcès pulmonaire; gangrène; pneumotomie; guérison, par OPENCHOWSKI. (*Wratch,* n° 38.) — Abcès gangreneux du poumon causé par une dent enclavée dans la bronche droite; ponction; drainage; guérison, par STRANGE. (*Brit. med. journ.*, p. 1145, nov. 1887.) — Gangrène pulmonaire traitée par l'incision et le drainage, par PASTEUR. (*Clinic. Soc. of London,* 12 oct.) — Sur les phénomènes objectifs du pyo-pneumothorax, par V. CASARETTI. (*La Riforma medica,* 20 et 21 novembre.)—De la percussion comme moyen de diagnostic du pneumothorax, par BRUEN. (*Med. News,* 1er déc.) — Du pneumothorax partiel, par HANDJIAN. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Du traitement du pyo-pneumothorax par le drainage en seton, par THOMAS SATTERTHWAITE. (*New York med. Record.*, p. 581, 17 nov.) — Tumeur maligne du poumon avec excavation, par GRAHAM STEELL. (*Lancet*, 27 oct.) — Hernie traumatique du poumon, par R. KOEHLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 977, 26 novembre.) — Blessure par arme à feu des deux poumons, par CHARLESWORTH. (*Lancet*, 15 déc.)

Prostate. — Phlegmon périprostatique; foyer anormal de suppuration, par DESNOS. (*Union médicale*, 6 novembre.) — De l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, par ROUCHAUD. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — Rétention d'urine par hypertrophie de la prostate; ponction vésicale; injection d'éther iodoformé dans le parenchyme prostatique; guérison, par L. FREY. (*Wien. med. Presse*, n° 41, p. 1452.) — Hypertrophie de la prostate, par KÜMMEL. (*Soc. méd. de Hambourg*, 29 mai.)

Psoriasis. — Psoriasis linguo-buccal datant de 16 ans; carcinome de la muqueuse de la joue gauche depuis 4 mois, par BRAMANN. (C'est le 17e cas que Bergmann voit de carcinome développé chez des malades atteints de leucoplasie linguale.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 876, 22 octobre.) — Traitement du psoriasis vulgaire par le bromure d'arsenic, par ILJIN. (*Russkaja medicina*, 1887, page 48.)

Psychose. — Des psychoses apparaissant à la suite d'opérations sur l'appareil génital féminin, par WERTH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — L'ivresse émotionnelle, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, déc.) — Un cas d'hallucinations guéri par l'antipyrine, par SALEMI. (*Bull. de thér.*, 30 nov.)

Ptomaïne. — Des ptomaïnes et des leucomaïnes, par JAGORZINSKI. (*Saint-*

Pétersbourg.) — Sur l'élimination par les urines des matières solubles morbifiques fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme, par Charrin et Ruffer. (*Soc. biologie*, 20 octobre.) — Cadavérine, iodoforme et suppuration, par Behring. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 653.) — Des alcaloïdes animaux, par E. D. Ferguson. (*N. York med. journ.*, p. 113, 4 août.) — Ptomaïnes et vertiges de l'estomac, par Gaube. (*Gaz. méd. Paris*, 13 oct.)

Puerpéral (État). — L'étiologie de la fièvre puerpérale, par Pfannenstiel. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 38.) — L'étiologie de la fièvre puerpérale, par Smith. (*Royal med. and chir. Soc.*, 27 nov.) — Etiologie de la fièvre puerpérale, par Marino. (*Bul. d. Soc. Lancisiana, Roma*, VIII, 4.) — Influence de la puerpéralité sur l'obésité, par Auvard. (*Gaz. des hôp.*, 24 nov.)—Péritonite et pleurésie suppurées post-puerpérales; drainage, par Chappell. (*N. York med. Record.*, juin, p. 692.)—Infection puerpérale guérie par le traitement local, par S. Mac Bean. (*Lancet*, 13 oct.) — Traitement des pelvicellulites puerpérales, par Bedeschi. (*Raccoglitore med.*, n° 16.) — De la mort subite puerpérale, par Auvard. (*Bull. méd.*, 28 nov.)

Purpura. — Etude sur le purpura, par Duplaix. (*Gaz. des hôp.*, 8 déc.) — De l'influence des variations de la pression à laquelle sont soumis les vaisseaux, sur la production du purpura, par Hartmann. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 11.)—Un cas de purpura hémorragique palustre, par King. (*Trans. Texas med. Assoc.*, p. 195.) — Trois cas de maladie de Werlhoff, par Giacanelli. (*Lo Sperimentale*, déc.) — Du purpura hémorragique infectieux, idiopathique, par Petrone. (*Ibid.*)—Cas de purpura hémorragique, par W. Milligan. (*Lancet*, 3 nov.)

R

Rachis. — Anomalie vertébrale, par Marcel Blanchard. (*Soc. biologie*, 24 nov.) — Fracture et luxation de la colonne vertébrale, par Ewing Mears. (*Philad. Acad. of surg.*, 3 déc.). — Fracture comminutive mortelle des vertèbres cervicales sans symptômes immédiats, par B. Sellers. (*Lancet*, 15 sept.) — Carie de l'épine dorsale avec abcès, par F. C. Fisher. (*Lancet*, 3 nov.) — Traitement de la scoliose par les tractions et pressions élastiques, par Hoffa. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 878, 22 oct.) — Du diagnostic et du traitement rationnel des courbures de la colonne vertébrale, par Ridlon. (*New York med. record*, p. 488, oct.) — Nouveau mode de suspension et de correction de la scoliose pour l'application de corsets plâtrés, par Schwarz. (*Wiener mediz. Presse*, 30 sept.)

Rage. — Résistance du virus rabique à la dessiccation et à la décomposition cadavérique, par Galtier. (*Soc. biologie*, 6 oct.) — De la vaccination des chiens contre la rage, par Protopopoff. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 25.) — Observation d'un cas de rage, par Levasseur. (*Normandie médic.*, 1er nov.) — La rage, son traitement et les insectes vésicants chez les Arabes, par Camussi. (In-8°, 112 p. Paris.) — Traitement de la rage au Brésil, par Pasteur. (*Acad. des sc.*, 26 nov.)

Rate. — Rate ectopique avec adhérences aux organes du petit bassin, par Bonome. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 5.) — Du traitement des tumeurs chroniques de la rate, par Feletti et Fazio. (*Arch. ital. di clin.*

med., XXVII, 4.) — Extirpation d'une rate mobile, par Mac Graw. (*New York med. Record*, p. 709, juin.) — Splénectomie. Guérison, par Lawrason. (*New Orleans med. journ.*, nov.)

Rectum. — Imperforation du rectum; opération; mort, par Lionel Stretton. (*Lancet*, 11 août.) — Sclérose annulaire du rectum ; accidents d'étranglement ; colotomie iliaque, par Wacquez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 26 oct.) — Deux cas de rétrécissement du rectum ; proctotomie externe, par Platt. (*Med. News*, 15 déc.) — Le cancer du rectum, par Kirmisson. (*Union médicale*, 6 déc.) — Cancer du rectum; opération de Kraske ; guérison, par Mazzoni. (*Bull. Accad. med. di Roma*, avril-mai.) — Diagnostic du cancer et du rétrécissement rectal ; traitement du rétrécissement par Prengrueber. (*Bull. méd.*, 9 déc.) — Considérations sur l'extirpation du rectum, par Moreschi. (*Raccoglitore med.*, n° 17.)

Réflexe. — Sur la diminution de la secousse réflexe du gastro cnémien de la grenouille, consécutive à la ligature en masse de la cuisse, sauf le nerf, par R. Lépine. (*Soc. biologie*, 17 nov.) — Le réflexe de l'orteil, par Sinkler. (*Med. News*, 1er déc.)

Rein. — Les voies de sûreté de la veine rénale, par Lejars. (*Bull. Soc. anat.*, p. 504.) — Note sur l'action des uretères observée pendant l'ablation d'une tumeur abdominale, par Greig Smith. (*Journ. of Anat. and phys.*, avril.) — La relation entre les maladies des reins et les maladies du système nerveux, p. T. Edes. (*Boston med. journ.*, p. 328, 4 oct.) — De la valeur diagnostique de l'albumine et des cylindres dans les affections rénales, par Rob. Edes. (*Ibidem*, p. 361, 11 oct.) — Signes prémonitoires des lésions graves du rein, par Bond. (*New York med. Record*, p. 463, oct.) — Un cas difficile de maladie des reins, par H. Capon. (*Lancet*, 1er sept.) — Hématurie paroxystique avec albuminurie physiologique, par Charpentier. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Dégénérescence amyloïde du rein, par Marfan. (*Gaz. des hôp.*, 29 déc.) — Néphrite catarrhale subaiguë, par Milne. (*Lancet*, 8 déc.) — Néphrite scrofuleuse, par Iscovesco. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Trois cas d'anurie d'origine néphrétique, par Bayet. (*La clinique*, n° 43.) — De la néphrite insidieuse, par Michaud. (*Thèse de Lyon*, n° 443.) — Les altérations du cœur dans la maladie de Bright, par Loomis. (*New York med. Journ.*, p. 514, 10 nov.) — Gros foie dans la maladie de Bright, par Hanot. (*Arch. de méd.*, déc.) — L'effet de rapides changements d'altitude dans un cas de néphrite interstitielle avancée, par Chismore. (*New York. med. journ.*, p. 630, 8 déc.) — Note sur l'hypertrophie compensatrice des capsules surrénales, par Stilling. (*Revue de médecine*, p. 459, juin.) — De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein, par Tuffier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1020, 1888, et p. 18, 1889.) — Des lésions sous-cutanées du rein, par Emerich Reczey. (*Vienne.*) — De la cicatrisation des plaies du rein par première intention, par Tuffier. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 567.) — Kyste suppuré du rein droit, par Klippel. (*Bull. de la Soc. anat*, p. 558). — Colique néphrétique ; pyélite calculeuse diagnostiquée; néphrolithotomie, par Thiriar. (*Bull.de l'Acad. de méd. de Belgique*, sept.) — Néphrolithotomie : guérison, par Wilson. (*Med. News*, 22 déc.) — Néphrectomie et résections partielles du rein, par Tuffier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 447.) — Rein calculeux, par Leblond. (*Ibidem*, p. 596.) — Néphrolithiase et hydronéphrose ; néphrotomie lombaire, par Fr. Rockwell. (*Boston Med. journ.*, p. 333, 4 oct.) — Calcul du rein, hydronéphrose ; incision exploratrice ; passage du calcul par l'urètre, par F. W. Rocwell. (*New York med. journ.*, p. 539, 17 nov.) — Rein intra-pelvien pris pour un organe des annexes de

l'utérus malade; néphrectomie, guérison, par P. F. Mundé. (*N. York med. Journ.*, p. 58, 21 juillet.) — Rein mobile, néphrotomie ; guérison, par Gould. (*Lancet*, 6 oct.) — Dégénérescence aigu d'un rein après extirpation de l'autre rein, par Eug. Fraenkel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 985.) — Ablation d'un rein flottant ; guérison, par Stonham. (*Lancet*, 21 juillet.) — Extirpation d'un rein atteint de tuberculose, par Matlakowski. (*Gazeta Lekarska*, n°s 1 et 2). — Extirpation d'un rein tuberculeux, par Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov.) — De l'enchondrome du rein, par Boccardi. (*Progresso med.*, 15 nov.) — Myxome périrénal ; néphrectomie ; guérison, par Gould. (*Lancet*, 15 sept.) — Cancer du rein droit, par Lépine. (*Rev. de méd.*, déc.) — Cancer primitif du rein droit, par Tison. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 789.) — Epithélioma du rein chez une adulte. Néphrectomie transpéritonéale, par Vignard. (*Bull. Soc. anat.*, p. 848.) — Pyélonéphrose ; extirpation ; guérison. (*Soc. méd. de Hambourg*, 17 avril.)

Résection. — Résection du coude, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — Résection trois fois répétée du coude pour ankylose, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 618, 30 déc.) — Observation d'un cas de résection du poignet suivie de guérison, par Scheffer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er sept.) — Réunion primitive après la résection de la hanche pour tuberculose, par Barker. (*Royal med. and chir. Soc.*, 11 déc.) — Résection du genou et de la hanche, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 556, 16 déc.) — Résection de la hanche et déviation de la jambe due au développement inégal des deux os ; chondrectomie orthopédique du péroné et irritation de la diaphyse du tibia pour rétablir l'équilibre dans l'accroissement de cet os, par Ollier. (*Id.*, p. 619, 30 déc.) — Résection intra-épiphysaire du genou pour une ostéo-arthrite suppurée, par Ollier. (*Id.*, p. 523, 9 déc.). — Résection ostéoplastique du pied, par Mac Cormac. (*Med. Soc. of London*, 14 déc.)

Respiration. — Formes du corps humain ; ses modifications pendant la respiration, par C. Hasse. (1re partie. *Iéna.*) — Sur le mécanisme respiratoire chez la marmotte pendant le sommeil hibernal et le sommeil anesthésique, par Raphael Dubois. (*Soc. biologie*, 22 déc.) — Recherches sur le système respiratoire. Circulation céphalique croisée. Circulation céphalique artificielle, par A. Bienfait et A. Hoppe. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juin.) — Influence de l'état dynamogénique des centres nerveux sur les effets de l'excitation des muqueuses des voies respiratoires supérieures par H. Couppe. (*Soc. biologie*, 1er déc.) — Influence du chloral sur la force des centres nerveux respiratoires, par P. Langlois et Ch. Richet. (*Id.*, 24 nov.) — De quelle manière le nerf vague modifie le rythme de la respiration quand augmente et quand diminue la pression dans la cavité des poumons, par Stefani et Sighicelli. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Respiration forcée ; 6 cas montrant les effets chez des sujets narcotisés ; applications aux cas de submersion et de choc, par Fell. (*Med. news*, 15 déc.) — Respiration de Cheyne Stokes ; 3 cas, par Stillman. (*Med. news*, 17 nov.)

Rétine. — La circulation rétinienne, spécialement le pouls artériel rétinien dans les affections générales, par Schmell. (*Arch. f. Augenheilk.*, XXXIV, 1.) — Asthénopie due à l'anesthésie de la rétine, par Stewart. (*The Amer. journ. of ophth.*, p. 184, juillet.) — Trois cas de rétinite pigmentaire. Amélioration de la vision centrale et du champ visuel, par Mellinger. (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, sept.) — Un cas de rétinite pigmentaire atypique, par E. Jacobson. (*Id.*, mai.) — De la sclérose des vaisseaux rétiniens, par Raehlmann. (*Berl. klin. Woch.*, 13 août.) —

Quelques cas d'inflammation syphilitique non guérie de la rétine et de la choroïde, par HIRSCHBERG. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, juin.) — Hémorragies rétiniennes paludiques, par DICKSON. (*N. York med. Record*, p. 36, juillet.)— Rétinite hémorragique suivie de glaucome, par KENT WHEELOCK. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 377, 15 sept.) — Embolie de l'artère centrale de la rétine guérie par le massage, par MULES. (*Trans. of the Opth. Soc. of the un. Kingdom.*, VIII, p. 151.)

Rhumatisme. — Recherches sur la fréquence d'antécédents rhumatismaux chez des malades non rhumatisants, par ARCH. GARROD et COOKE. (*Lancet*, 21 juillet.) — Fièvre rhumatismale sans arthrite, par GEE. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.) — Deux cas de pseudo-rhumatisme infectieux d'origine traumatique, par LEGRAND. (*Gaz. méd. Paris*, 3 nov.) — Atrophie musculaire rhumatismale, par GRIFFITH. (*Philad. neurol. Soc.*, 26 nov.) — Atrophie musculaire rhumatismale, d'origine blennorragique, par DERCUM. (*Ibid.*) — Rhumatisme articulaire aigu chez un nourrisson, par KOPLIK. (*N. York med. journ.*, p. 673, 23 juin.) — Nodosités rhumatismales, par LINDMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 26.) — Piqûre d'abeilles et rhumatisme, par TERC. (*Wiener med. Presse*, n° 35). — Le cascara sagrada dans le rhumatisme, par J. P. MARTIN. (*Lancet*, 1er sept.)

Rougeole. — Une épidémie de rougeole, par REICHARD. (*Therapeut. Gaz.*, n° 7, p. 448.) — Recherches sur l'invasion bactérienne dans la rougeole, par S. MOOS. (*Wiesbaden.*) — La rougeole des adultes, par V. CASARETTI. (*La Riforma medica*, 5 et 6 sept.) — Un cas de rougeole récurrente, par KRAUS. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 52.) — Des paralysies dans la rougeole, par DENARIÉ. (*Thèse de Lyon*, n° 448.)

S

Salivaire (App). — Actions d'arrêt sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire, par E. GLEY. (*Soc. biologie,* 8 décembre.) — Influence de la salive humaine sur la végétation et sur la germination, par H. CHOUPPE. (*Soc. biologie*, 3 novembre.) — Fistule salivaire consécutive à l'introduction d'une soie de porc dans le canal de Sténon, par OVERALL. (*New York med. Record*, p. 519.) — Pathogénie de l'inflammation purulente des glandes salivaires, par HANAU. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.)

Sang. — Sur la numération des leucocytes du sang, par THACHER. (*Med. News*, 22 décembre.) — Examen critique des méthodes employées pour étudier les corpuscules du sang, par A. MOSSO. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXIII, 3.) — Les globules rouges du sang de la lamproie, par S. H. GAGE. (*N. York med. journ.*, p. 149, 11 août.) — De quelques altérations des globules rouges du sang, par CIANCI et ANGIOLELLA. (*Progresso med.*, 15 oct.) — Recherches sur le sang fœtal, le sang du cordon ombilical, le sang placentaire ; parallèle entre le sang de la mère et celui du fœtus, par DOLÉRIS et QUINQUAUD. (*Nouv. Arch. d'obst.*, déc.) — Recherches sur le sang fœtal au moment de la naissance, par SCHERENZISS. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Sur la présence de l'acide lactique dans le sang, par GEORG SALOMON. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiologie,* CXIII, 2.) — De l'action du sublimé et de l'acide tannique sur la production des cristaux d'hémine, par NICOLETTI. (*Riv. di freniat.*, XIV, nos 3 et 4.) — Rapports entre l'hémoglobine et le protoplasma. Observations sur le rôle de la rate dans l'hématopoièse, par AUGUST SCHWARZ. (*Iéna.*) — De la production

d'hémoglobine dans la rate, par KRIONGER. (3e *Cong. des méd. russes, Saint-Pétersbourg.*) — Schéma de la circulation du sang et de la lymphe, par CRAUSTOWN CHARLES. (*Journ. of anat. and physiol.*, avril.) — Recherches quantitatives sur les substances albumineuses du sérum, des transsudats et exsudats, et du sérum sanguin dans diverses maladies, par MYA et VIGLEZIO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.)

Sarcome. — Du sarcome hémorragique, par KÜSTER. (*Cent. f. Chir.*, n° 24.) — Sarcome encéphaloïde, par DOBROKLONSKY. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 540.) — Sarcome du cuir chevelu, par CONNER. (*Annals of surg.*, août.) — Fibro-sarcome télangiectasique du poignet droit, par LAMARQUE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov.) — Sarcome récidivant de la cuisse, pesant 12 livres 1/2. Amputation trochantérienne, guérison, par HYDE. (*Lancet*, 27 octobre.) — Sarcome développé aux dépens des fistules d'un coup de feu avec rétention de la balle datant de quinze ans, par KREVET. (*Deut. milit. Zeit.*, n° 6, p. 241.)

Saturnisme. — Sur les altérations histologiques des reins, des muscles, de l'estomac, de l'intestin, et le foie dans le saturnisme chronique, par COEN et D'AJUTOLO. (*Iéna.*) — Hystérie saturnine. Monoplégie brachiale, par DUTIL. (*Gaz. méd. Paris*, 27 octobre.)

Scarlatine. — Sur la soi-disant scarlatine chirurgicale, par DROBNER. (*Wiadom. Lekarski*, n° 11.) — Cas de scarlatine sporadique, par MURRAY. (*Lancet*, 27 oct.) — Fièvre secondaire dans la scarlatine, par GUMPRECHT. (*Deut. med. Woch.*, n° 27.) — Contribution à la connaissance des affections secondaires dans la scarlatine, par LENHARTZ. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, XXVIII, 3 et 4.) — Le rein scarlatineux, par WILLEY. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 6 déc.) — Cas rare de pyémie postscarlatineuse, par LAACHE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 943.)

Sclérodermie. — Sclérodermie circonscrite, étiologie, par BISS. (*Clin. Soc. of London*, 14 déc.)

Scorbut. — Un cas de scorbut terrestre, par DUNCAN SMITH. (*Lancet*, 25 août.) — De l'hydrothérapie contre le scorbut, par MAZZOTTI. (*Bul. d. sc. med. Bologne*, série VI, vol. XXII.)

Scrofule. — Recherches expérimentales sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, par MODIGLIANO. (*Progresso med.*, 15 nov.) — De la curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer en hiver, par DE VALCOURT. (*Union médicale*, 24 novembre.) — Où doit-on envoyer les scrofuleux pendant la mauvaise saison? par CAZENAVE DE LA ROCHE. (*Journ. de méd.*, 4 nov.)

Seigle. — Faits pathologiques et critiques sur la question de l'ergot de seigle, par S. KRYSINSKI. (*Iéna.*)

Sens. — L'influence d'une excitation d'un sens sur les impressions des autres sens, par GRÜTZNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 905.) — Le problème d'Aristote (la sensation fournie aux doigts croisés par le contact d'une boule), par HOPPE. (*Wien. med. Presse*, n° 22, p. 785.)

Septicémie. — Injection à la fois pyohémique et septique du nouveau-né, par HOCHSINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 mars.) — Forme légère de toxœmie septique consécutive aux lavements, par G. H. BUNFORD. (*Lancet*, 15 déc.)

Serpent. — Un cas de morsure de vipère chez l'enfant, par MINIAT. (*Corresp.-*

Blatt f. schw. Aerzte, p. 675, 1er novembre.) — Les morsures de la vipère commune et de la petite vipère, par C. Kaufmann. (*Ibid.*, n° 19, p. 592, 1er octobre.) — Sur le traitement des morsures de serpent par la strychnine, par A. Müller. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXIII, 2.)

Spectre. — Sur un nouveau spectrophotomètre, par d'Arsonval. (*Soc. biol.*, 1er décembre.)

Spina bifida. — Spina bifida dû à une tumeur pédiculée du canal de l'épendyme, par A. Pilliet. (*Soc. biologie*, 17 novembre.) — Extirpation d'un spina bifida avec le bistouri ; guérison, par Evans. (*New York med. journ.*, 25 août.)

Strabisme. — De l'opération du strabisme, par Abadie. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 4, p. 362.) — Traitement du strabisme, par Schmidt-Rimpler. (*Wien. med. Presse*, n° 43, p. 1521.) — Traitement du strabisme, par Schmidt-Rimpler. (*D. med. Woch.*, n° 43, p. 873.) — De l'avancement capsulaire, par Dehenne. (*Bull. méd.*, 12 déc.) — Section et résection du muscle droit pour strabisme, par A. Prince. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 509, 13 octobre.)

Sueur. — Névrose vaso-motrice, sueurs de sang, par Zellweger. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Sur l'hyperhydrose habituelle des pieds, par J.-V. Brandau. (*D. med. Zeitschr.*, n° 69, 1886.) — Les relations de l'asthme avec l'hyperhydrose habituelle des pieds, par le même. (*Ibid.*, n° 69, 1887.) — L'hyperhydrose habituelle locale, ses suites et son traitement, par C. Spener. (*Diss. de Halle*, 1887.) — Sudorémie pernicieuse, par Bonnaire. (*Poitou méd.*, 1er nov.) — Des sudations dans les maladies infectieuses aiguës, par Queirolo. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 987.)

Suppuration. — Recherches expérimentales sur la suppuration, par de Christmas. (*Thèse de Paris*, 26 déc.)

Surdi-mutité. — La surdi-mutité : ses causes, ses signes, son traitement, par Engelsman. (*New York med. Record*, p. 533, 3 nov.)

Surmenage. — Des auto-intoxications, des manifestations morbides du surmenage physique, par Dufour. (*Thèse de Paris*, 26 déc.)

Synoviale. — Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes, par V. Wallich. (*Soc. biologie*, 17 novembre.)

Syphilis. — Index bibliographique de la syphiliologie, par Karl Szadek. (1re année (1886). *Hambourg.*) — Relation d'une visite à l'école dermo-syphilographique de Vienne, par Tommasoli. (Broch., *Bologne*, 1887). — La syphilis en Bosnie et en Herzégovine, par L. Gluck. (*Wien. med. Presse*, n° 27, p. 923.) — Des bacilles de la syphilis, par Fordyce. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Observation de réinfection syphilitique chez une femme qui présentait encore des lésions de la première infection, par Ducrey. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 4.) — De la mortalité infantile par la syphilis à Saint-Lazare, par Le Pileur. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 13 déc.) — Des manifestations précoces de la syphilis congénitale, par Sevestre. (*Progrès médical*, 8 déc.) — De l'échéance des accidents contagieux dans l'évolution de la syphilis, par Morel Lavallée. (*Union médic.*, 18 décembre.) — Prophylaxie de la syphilis, par Jona. (*Atti della 3a riunione d'igien. ital.*) — Prophylaxie publique de la syphilis, par Barthélemy. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 11.) — Troubles de la pigmentation chez une syphilitique au cours des accidents secondaires, par Chauveau. (*Ann. de dermat.*, X. 1.) — De la syphilis pigmentaire par Barduzzi. (*Giorn.*

ital. d. mal. vener., XXIII, 4.) — Syphilis maligne. Évolution rapide. Vastes ulcérations. Greffes épidermiques. Guérison, par VERGELY. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 décembre.) — Syphylis et tatouage, par CONVERSET. (*Thèse de Lyon*, n° 449.) — De l'influence de l'hyperthermie sur la syphilis, par CHALUS. (*Thèse de Lyon*, n° 442.) — De l'influence de la syphilis sur la grossesse, par BAUDE. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 12.) — De quelques erreurs de surprise dans le diagnostic du chancre syphilitique, par FOURNIER. (*Bull. méd.*, 2 déc.) — Du chancre induré, par DU CASTEL, (*Semaine méd.*, 19 déc.) — Chancres multiples du palais, par OHMANN DUMESNIL. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 11.) — Rapports de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale, par MESNET. (*Académie de médecine*, 13 octobre 1888.) — Syphilis et folie, par PARANT. Revue critique. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Syphilis cérébrale, par FISHER. (*N. York Acad. of med.*. 18 déc.) — Hydrocéphalie syphilitique congénitale, par NÉGRIÉ. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 16 décembre.) — Gomme de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure droite, par TH. WILSON. (*Lancet*, 29 déc.) — Gommes du cervelet, par LUNZ. (*Deut. med. Woch.*, n° 19.) — Pseudo-paralysie syphilitique, guérison, par DELAUSORNE. (*Ann. de dermat.*, X, 1.) — Paraplégie d'origine syphilitique, par CHEMINADE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 12 août.) — Syphilis pulmonaire, formes, anatomo-pathologie, etc., par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 29 nov.) — De la syphilis pulmonaire, par RUHEMANN. (*Int. klin. Rundschau*, n° 13.) — Syphilis et tuberculose pulmonaire, par CANTANI. (*Progresso med.*, 15 oct.) — Nouveau-né syphilitique. Pemphigus congénital. Gommes du poumon et du corps thyroïde, par VALAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 805.) — Contribution à l'étude des altérations syphilitiques des valvules cardiaques, par CH. PICKET. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juillet.) — Hémorragies et syphilis. Purpura hémorragique chez des individus variqueux, par RAOULT. (*Progrès médical*, 24 novembre.) — Traitement de la syphilis oculaire, par SILEX. (*D. med. Woch.*, n° 43, p. 878.) — L'ectropion consécutif à la syphilis maligne de la face, par HALLOPEAU et WICKHAM. (*Ann. de dermat.*, X, 1.) — Sur une forme particulière de gommes palpébrales, par DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — Un cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise, par TROUSSEAU. (*Union médicale*, 13 décembre.) — Gangrène spontanée et ulcérations de la peau dans la syphilis tertiaire, par KLOTZ. (*N. York med. journ.*, 8 octobre 1887.) — Gomme scléreuse du cuir chevelu à la 44e année de la syphilis, par HUGUET et AUDOIN. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 11.) — Contributions à l'étude des syphilomes des muscles, par VON ESMARCH. (*Kiel* et *Leipzig*.) — Étude sur le syphilome des muscles externes, par BIER. (*Mittheil. aus der chir. Klinik zu Kiel*, IV.) — Spondylite cervicale et fracture spontanée des muscles des côtes causées par la syphilis, par BREDA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 4.) — Les injections mercurielles et l'huile grise, par RAUGÉ. (*Bull. méd.*, 8 août.) — Du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise, par BRIEND. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — Comment doit-on traiter le phagédénisme dans les maladies vénériennes, par MAURIAC. (*Rev. gén. de clin.*, 6 déc.) — Le traitement de la syphilis par les injections de calomel et d'huile grise, par DOUTRELEPONT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 769.) — Le traitement de la syphilis, par M. JOSEPH. (*Ibid.*, n° 42, p. 856.) — Valeur diagnostique de la tolérance par les iodures dans la syphilis, par WHITE. (*Therap. Gaz.*, déc.) — Les iodures dans la syphilis, par WOOD. (*Ibid.*) — Iodisme et syphilis, par WHITE. (*Ibid.*)

T

Tabac. — Usage et abus, par C. W. Lymann. (*N. York med. journ.*, p. 262, 8 sept.) — Amblyopie tabagique, par Webster. (*Ibid.*, p. 256, 8 sept.)

Tænia. — De l'existence probable du tænia nana chez l'homme en Angleterre, par W. H. Ransom. (*Lancet*, 21 juillet.) — De l'influence du purgatif dans le traitement du tænia par la pelletiérine, par Bérenger-Féraud. (*Bull. de thér.*, 1er août.)

Teigne. — Double infection par le favus vulgaris et le favus herpeticus, par Quincke. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, 2.) — Recherches sur le champignon du favus, par Munnich. (*Arch. f. Hyg.*, VIII, p. 246.) — De la pelade, par Derville. (*J. sc. méd. Lille*, 16 nov.) — Étiologie et prophylaxie de la pelade, par Merklen. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 12.)

Température. — La thermométrie clinique. Manière de prendre les températures, par M. Boileau. (*Lancet*, 4 août.) — Des modifications de la température du corps par l'effet des excitations cliniques des lésions motrices de l'écorce chez le chien, par Landois. (*D. med. Woch.*, n° 42, p. 863.)

Tendon. — Ténotomie à ciel ouvert du chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien, par Levrat. (*Province méd.*, 27 oct.)

Testicule. — Des maladies du testitule, leurs opérations, par Ed. Borck. (*New York med. Record.*, p. 547, mai.) — Quelques cas de maladies du testicule, par B. Bangs. (*N. York med. journ.*, p. 426, 20 oct.) — Étiologie de l'épididymite par effort, par Wagner. (*Wiener med. Presse*, n° 40.) — Hématocèle funiculaire par effort, par Fleury. (*Loire médic.*, 15 déc.) — Testicule ectopié ; suppuration des ganglions, par Morton. (*Philad. Acad. of surgery*, 5 nov.) — Tuberculose du testicule, par Morton. (*Ibid.*) — De la tuberculose testiculaire diffuse, par Chereau. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — Un cas de tuberculose génito-urinaire ayant débuté par l'épididyme, par F. Watson. (*Boston med. journ.*, 5 juillet, p. 4.) — Lympho-sarcome du testicule, par J. Reboul. (*Bull. de la Soc. Anat.*, p. 918.) — Ablation successive des deux testicules pour cancer récidivant, par Frank Rockwell. (*Boston med. journ.*, 4 octobre, p. 332.)

Tétanie. — Un cas de tétanie, par Cardarelli. (*Riv. clin. dell. univ. di Napoli*, oct.)

Tétanos. — Atténuation du virus tétanique par le passage sur le cobaye, par Bossano. (*Acad. des sc.*, 31 déc.) — De la transmissibilité du tétanos par contagion, par Prévot. (*Thèse de Paris*, 19 déc.) — Cas sériés de tétanos équins et humains, par Ricochon. (*Soc. biologie*, 24 nov.) — Le tétanos est-il contagieux, par Thos. Adam. (*Lancet*, 1er sept.) — De la nature infectieuse du tétanos, par Ferron. (*Thèse de Lyon*, n° 450.) — Sur l'origine équine du tétanos, par Gailhard. (*Union médicale*, 24 juillet.) — Étiologie du tétanos, par Abadie. (*Union médicale*, 18 décembre.) — Sur le tétanos rhumatismal, par Manzini. (*Rassegna di sc. med.*, n° 11.) — A propos d'un cas de tétanos, par Cortella. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 94.) — Paralysie faciale et tétanos. Du tétanos céphalique avec paralysie faciale, par Villar. (*Gaz. des hôpit.*, 22 déc.) — Un cas de tétanos à début céphalique avec paralysie faciale, par Remy et Villar. (*Gaz. des hôp.*, 11 déc.) — Du tétanos, par A. Guérin. (*Bull. acad. de médec.*, 29 nov.) — Tétanos traumatique. Guérison, par

Belcher. (*Lancet*, 18 août.) — Tétanos d'origine inconnue au 7e jour d'une opération de cure radicale de hernie. Mort, par Buffet. (*Normandie médic.*, 15 déc.) — Cas de tétanos traité par le strophantus, par J. Clapp. (*Lancet*, 21 juillet.) — Trois cas de tétanos traumatique guéris par de hautes doses de pilocarpine en injections sous-cutanées, par Casati. (*Raccoglitore med.*, n° 10.) — Tétanos traité par le chloral. Guérison, par Thomas Savill. (*Lancet*, 24 nov.) — Traitement de la période aiguë du tétanos traumatique, par Minor. (*N. York Acad. of med.*, 18 déc.)

Thérapeutique. — Compendium de l'art de formuler, par R. Kobert. (*Stuttgart.*) — Les antipyrétiques modernes, par Armin Huber. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 553, 15 sept.) — Quelques cas traités par le strophantus hispidus, par David Evans. (*Lancet*, 27 oct.) — Sur l'action thérapeutique du strophantus, par Livierato. (*Arch. italiano di clin. med.*, XXVII, 5.) — Action biologique et thérapeutique de la strophantine, par Traversa. (*Progresso med.*, 15 oct.) — Valeur thérapeutique du strophantus, par Rovighi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXVII, 4.) — Sur l'emploi du strophantus (1 cas de goitre exopht. 8 fièvre typh.), par Dale. (*Med. News*, 29 déc.) — Du strophantus dans les maladies du cœur, par Devinc. (*Boston med. chir. journ.*, 15 nov.) — Étude thérapeutique de melaleuca viridiflora, par Houdart. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — Étude physiologique et thérapeutique de l'Escholtzia californica, par Ter. Zakpariantz. (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — De la codéine comme succédané de la morphine, par Fischer. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 610, 1er oct.) — Le Gelsemium sempervirens, par G. Garland. (*Boston med. journ.*, 13 sept., p. 243.) — Expérience pour déterminer l'influence de la digitale sur la température normale et son action comme antipyrétique dans la fièvre typhoïde, par Leidy. (*Therap. Gaz.*, oct.) — Du sulfate de spartéine, voies d'absorption et d'élimination, action sur la diurèse, par Mosella. (*Gaz. d. ospitali*, n° 81.) — Du jaborandi et de ses alcaloïdes dans le traitement du mal de Bright, par J.-G. Marshall. (*Lancet*, 22 déc.) — Valeur de la pilocarpine dans la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral, par Phillips. (*Brit. med. j.*, 13 oct.) — Le cocculus indicus, par Jacobi. (*N. York med. Jour.*, p. 29, 14 juillet.) — Action différente de l'antipyrine suivant les individus, par Taylor Robb. (*Lancet*, 28 juillet.) — Emploi comparatif de l'antifébrine et de l'antipyrine, par Rob. Park. (*Lancet*, 18 août.) — Sur l'emploi de l'antipyrine à bord du *Marengo*, par Ortal. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Action de l'antipyrine sur le système vaso-moteur, par Hailey. (*Indian med. Gaz.*, sept., p. 260.) — Action physiologique de l'antisepsine ou paramonobromoacétanilide, par V. Chirone. (*Il Morgagni*, octobre et novembre.) — La créoline, par P. Chéron. (*Union médicale*, 17 novembre.) — La phénacétine, par Cattani. (*Gaz. med. ital. Lombard.*, n° 40.) — Les nouveaux hypnotiques, par Passerini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 94.) — Sulfonal contre l'insomnie, par Dodlittle. (*N. York med. journ.*, p. 687, 22 déc.) — Note sur le sulfonal et son action somnifère, par Garnier. (*Progrès médical*, 13 oct.) — Sulfonal, nouvel hypnotique, par Went. (*N. York med. Record*, juin, p. 597.) — De l'emploi du sulfonal comme hypnotique, par V. Gautier, A. Mayor et Ladame. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 698 et 699.) — Réelle valeur du sulfonal comme soporifique, par Fischer. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 611, 1er octobre.) — Le sulfonal, nouvel hpynotique, par Funaioli et Raimondi. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 47.) — La saccharine, par Th. Stephenson et Wooldridge. (*Lancet*, 17 nov.) — De la saccharine, par Egasse. (*Bull. de thér.*, 30 oct.) — Contribution à la pathologie et à la diététique du diabète sucré, par Pollastchek. (*Allgem. Wiener medic. Zeitung*, n° 5.) — Sur la saccharine, par Abeles. (*Wiener medic. Wochenschrift*, n° 24.) — La saccharine comme succédané du

sucre, par J. Hedley. (*Therapeutische Monatshefte*, n° 3, p. 144.) — Choix rationnels des sels salicylés en thérapeutique, par Caldwell. (*Therap. Gaz.*, nov.) — L'acide camphorique dans les catarrhes des muqueuses, par Niesel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 818.) — Emploi thérapeutique de l'acide borique, par Lebovicz. (*Wien med. Presse*, n° 38, p. 1356.) — Propriétés du sozoiodol, par Fritsche. (*Therap. Monatsh.*, n° 6.) — *Idem*, par Buffalini. (*Annali di chim. e farm.*, mai.) — *Idem*, par Larmuth. (*Med. chronicle*, oct.) — Du calomel comme diurétique dans les hydropisies cardiaques, par A.-G. Auld. (*Lancet*, 22 sept.) — Les injections sous-cutanées d'huile chez les cobayes et les lapins, par G. Daremberg. (*Soc. biologie*, 27 oct.) — Injections sous-cutanées d'huile d'olive chez l'homme, considérées comme véhicules médicamenteux et comme aliments, par Gimbert. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Des effets de l'huile sur les animaux, par J. Roussel. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Emploi de l'argile en thérapeutique, par Gasparini. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 49.) — L'emploi du dexia-kefir dans les maladies, par E.-N. Liell. (*N. York med. Journ.*, p. 704, 30 juin.) — Les accidents de l'aiguille exploratrice, par Biggs. (*N. York med. Journ.*, p. 177, 18 août.)

Thorax. — Hérédité du thorax infundibuliforme, par Klemperer. (*Berl. klin. Woch.*, 23 juillet.) — Arrêt de développement d'une portion du thorax, par Haeckel. (*Arch. f. path. Anat. u Phys.*, XIII, 3.) — Tumeur du médiastin. Nécropsie, par Michelmore. (*Lancet*, 15 déc.) — Cas de cancer du médiastin, par Wittington Lowe. (*Lancet*, 1er sept.) — Lymphosarcome du médiastin, par Steven. (*Glasgow. path. and clin. Soc.*, 10 déc.)

Thrombose. — Thrombose idiopathique des sinus et de la veine de Galien chez une jeune femme, par Douglas Powell. (*Lancet*, 8 déc.) — Infarctus pulmonaires par thrombose des plexus utéro-ovariques d'ancienne date, par Mya. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 102.)

Thyroïde. — Contribution à l'étude de la structure, des fonctions et de la chirurgie de la glande thyroïde, par D. Biondi. (*La Riforma medica*, 6 oct.) — L'acide lactique dans le thymus et la thyroïde, par Moscatelli. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.) — Sur les effets de l'ablation du corps thyroïde chez les animaux, par Rogowitch. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.) — Contribution à l'histologie de la thyroïde, altération des centres nerveux à la suite de l'extirpation de cette glande, par Lupo. (*Progresso med.*, 15 oct.) — Thyroïdite aiguë typhoïde et kyste hématique du corps thyroïde, ponction simple, guérison, par Audebert. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 juillet.) — Traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode, par Puech. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Kyste thyroïdien à développement rapide, par Mac Mordic. (*Lancet*, 28 juillet.) — Trois observations de goitre, par Terrillon. (*Progrès médical*, 13 octobre). — Cancer primitif du corps thyroïde, par Parmentier. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 947.) — Cancer de la glande thyroïde, par Wolfenden. (*Brit. laryng. Assoc.*, 14 nov.) — Trois extirpations de goitre, par Schulten. (*Finska läkar. handlingar*, XXX, n° 11.) — Thyroïdectomie pour goitre avec double anévrisme de l'aorte, par Kroenlein et Hanau. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juillet.) — Symptômes de myxœdème consécutifs à une thyroïdectomie, par Kœhler. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 juillet.) — Autopsie de goitre exophtalmique, par Le Noir. (*Bull. Soc. anat.*, p. 1015.) — Deux cas de maladie de Graves, par F. Bundy. (*Boston med. journ.*, 12 juillet, p. 27.) — Maladie de Basedow avec affection bronzée, par Hermann Müller. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, n° 21, p. 667, 1er novembre.) — Des œdèmes dans la maladie de Basedow, par Millard. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Goitre exophtalmique compliqué d'atrophies

musculaires et d'alopécie, par Armin Huber. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 539, 1er septembre.)

Trachée. — Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches, par Mauriac. (*Arch. de médec.*, déc.) — Corps étranger de la trachée : spasme bronchique, par Da Costa. (*Boston med.*, 27 déc., p. 628.) — De la chloroformisation dans la trachéotomie pratiquée chez les enfants, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 nov.) — Des difficultés de la trachéotomie chez les enfants atteints de gibbosités, par Béranger. (*Poitou méd.*, 1er déc.) — Trachéotomie, par Collier. (*Lancet*, 22 déc.) — Trachéotomie dans la laryngite pseudo-membraneuse, par Jennings. (*J. of Amer. med. Assoc.*, 1er déc.) — Trachéotomie sans canule, par T.-A. Emmet. (*N. York med. journ.*, p. 596, 2 juin.) — Moyens de prévenir les accès de suffocation après la trachéotomie dans le croup, par Piniazek. (*Arch. f. Kinderheilk.* X, n° 1.) — Valeur des diverses canules trachéales chez les enfants, par Wilhelm von Muralt. (1° Canules simples de Gersuny, dilatateur à vis de Golding Bird ; 2° canules dilatatrices de Dupuis, de Schmidt, de Fleiner, de Kappeler, de Kohl ; 3° canules pour tubage d'O'Dwyer.) (*Correspondenz. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 474, 1er août.) — Même sujet, par Krœnlein. (*Idem*, p. 476.) — Du tamponnement préventif de la trachée à l'aide de la canule avec éponge préparée de Hahn (statistique de 48 opérations), et du tamponnement de l'extrémité supérieure de l'orifice trachéal dans la trachéotomie pour croup compliquée de paralysie de la glotte, par Jean Palmié. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 663, et 688, 13 et 20 août.) — Du tamponnement de la trachée avec une éponge enveloppée de gutta-percha, par J. Michael. (*Idem*, p. 757, 10 septembre.) — Canule trachéale portée pendant 36 ans, rétrécissement du larynx, par V. Williams. (*Bristol med. chir. Soc.*, 12 déc.) — Des rétrécissements par bourgeons charnus après la trachéotomie, par Schneider. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, n° 9.)

Tremblement. — Caractères des tremblements, par Peterson. (*Americ. neurol. Soc.*, 19 sept.) — Note sur le rythme et le caractère de certains tremblements, par Norris Wolfenden. (*Brit. med., journ.* p. 1049, mai.)

Trépanation. — De la trépanation par évulsion, par Texier. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation, par Guérin. (*Bull. Acad. de médec.*, 30 oct.) — Sept cas de trépanation crânienne dont 6 fructueuses pour abcès du cerveau consécutifs à des affections de l'oreille, par Barr. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 879, 22 octobre.) — Deux cas de trépanation du crâne guéris, par Heusner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 856, 15 octobre.) — Deux cas de trépanation du crâne suivis de mort, par Flothman. (*Idem.*) — Note sur un cas de blessure de la tête par corps contondant datant de 4 ans. Accidents épileptiformes ; trépanation ; guérison, par Galvani. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 déc.) — Trépanation de la 2e pièce du sternum pour un abcès du médiastin antérieur, par Ch. A. Ballance. (*Lancet*, 3 nov.)

Tuberculose. — De la propagation du bacille tuberculeux dans l'organisme, par Cornet. (*Zeit. f. Hygiene*, V., p. 191.) — De l'infection tuberculeuse des embryons du poulet, par Maffucci. (*Cent. f. Bacteriol.*, V., n° 7.) — De la transmission de la tuberculose par le lait, par Combe. (*Thèse de Paris*, 29 déc.) — De la tuberculose, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 789.) — De la phtisie et de la tuberculose, par Metschnikow. (*Odessa.*) — La phtisie pulmonaire, étiologie, pathologie, traitement, par A. James. (In-8°, 2e édition. *Londres.*) — Opportunités tuberculeuses innées (roux) et acquises (variole), par L. Landouzy. (*Revue d'hyg.*, X, 754, septembre.) — Inoculation de la tuberculose à la suite de la circon-

cision, par Eve. (*Lancet*, n° 4.) — Les candidats à la phtisie, par Filleau et Léon Petit. (*Bull. de la phtisie pulm.*, n° 5, juin.) — De la tuberculose strepto-bacillaire du lapin et du cobaye, par Dor. (*Soc. biologie*, 12 mai.) — Vaccination tuberculeuse du cobaye, par Solles. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 28 oct.) — De l'influence de certains agents médicamenteux sur le bacille de la tuberculose, par Hunter Mackenzie. (*Brit. laryng. Assoc.*, 14 nov.) — A propos de la communication de MM. H. Martin et Ledoux Lebard sur le foie tuberculeux du lapin après injection intra-veineuse de bacilles tuberculeux, par Cornil. (*Soc. biologie*, 12 mai.) — La percussion des dimensions transversales des sommets pulmonaires comme signe de la phtisie au début, par Krœnig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 818, 1er oct.) — Vomissements dans la phtisie, leur relation plus fréquente avec les lésions du sommet gauche, par Habershon. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXIV.), — Sur la tuberculose pulmonaire, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.* août.) — Cas de tuberculose miliaire aiguë à forme asphyxique, par Rapisarda. (*Rivista clinica e therapeutica*, juillet.) — Observation de tuberculose et d'alcoolisme. Alternance des troubles intellectuels et des troubles physiques, par Febvre. (*Progrès médical*, 1er déc.) — Tuberculose intestinale et pulmonaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire, malgré la présence d'un bruit de souffle caractéristique, par Tison. (*Bull. Soc. anat.*, p. 839.) — Carie costale. Caverne tuberculeuse de la face convexe du foie. Idiotie. Malformation de l'utérus et du vagin, par A. Pilliet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 589.) — Tubercule anatomique renfermant des bacilles, par Reverdin et Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, p. 447.) — Tuberculose de la peau. Tubercule anatomique. Lymphangite tuberculeuse à foyers gommeux, par Morel Lavallée. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 oct.) — Phtisie aiguë guérie, par F. Taylor Simson. (*Lancet*, 21 juillet.) — Tuberculose pulmonaire guérie par un érysipèle de la face, par Waibel. (*Münchener med. Woch.*, n° 78.) — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par de Renzi. (*Congresso della Società italiana di medicina interna. Rome.*) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire. Des sanatoriums. Des avantages des climats tempérés, par Onimus. (*Gaz. méd. de Paris*, 8 déc.) — Indications et contre-indications des climats d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Knight. (*Med. News*, 24 nov.) — Traitement de la phtisie par le séjour dans les pays d'altitude, par John Lowe. (*Lancet*, 15 sept.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Desplats. (*Journ. sc. méd. Lille*, 26 oct.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Gilliard. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Valeur des inhalations d'acide fluorhydrique dans la tuberculose, par Gager. (*Orvosi hetilap.*, n° 29.) — Traitement de la phtisie par le calomel, par Dochmann. (*Therap. Monats.*, sept.) — Traitement de la phtisie par le calomel, par Chéron. (*Union médicale*, 23 oct.) — De l'oxyde de carbone dans la consomption et les autres formes de maladies de langueur, par H. Humphrey. (*New York med. record*, p. 560, 10 nov.) — Du traitement de la tuberculose par le tanin, par S. Jager. (*New. York med. record*, p. 291, sept.) — Le tartre stibié appliqué au traitement des affections pulmonaires et des manifestations diverses de la phtisie, par Fargeaud. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, nov.) — Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, par Riva. (*Congresso della Soc. italiana di medic. interna. Rome.*)

Tumeur. — De la transparence dans la tumeur comme élément de diagnostic, par Théréault. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Tumeurs expérimentales, par Alex. Pilliet. (*Revue de chirurgie*, n° 2, p. 132.) — Les tumeurs au point de vue chirurgical, par W.-S. Gouley. (*N. York med. journ.*,

p. 393, 13 oct.) — Néoplasmes malins, par J.-D. Bryant. (*N. York med. journ.*, p. 677, 22 déc.) — Examen histologique de quelques tumeurs, cancer de la mamelle (homme), chondro-carcinome de la mamelle, angiome du cuir chevelu, par Bacialli. (*Riv. clin. Bologna*, déc. 1887.) — Récidives des tumeurs malignes, par Plicque. (*Thèse de Paris*, 7 nov.) — Tumeur ganglionnaire intra- et extra-parotidienne, par Richet. (*Gaz. des hôp.*, 27 nov.) — Traitement de la phtisie par les injections de phénate de camphre, par Smith. (*Bristol. med. chir. journ.*, sept.)

Typhoïde (fièvre). — L'épidémie de fièvre typhoïde de Kœnigsberg, mai-juillet 1888, par Seydel, Schreiber, Nath et Baumgarten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 779, 17 septembre.) — La fièvre typhoïde dans l'Inde, par Riordan. (*Indian med. Gaz.*, n° 7, p. 200.) — Fièvre rémittente et fièvre typhoïde, par Fairland. (*Indian med. Gaz.*, 23, p. 165.) — Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau potable (épidémie de l'école de Cluny), par Rollet, Arloing et Morat. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 429, novembre.) — De la fièvre typhoïde abortive, difficultés de diagnostic au début, par Jaccoud. (*Semaine médicale*, 28 nov.) — Des recherches et des recrudescences de la fièvre typhoïde, par Schmidt. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLIII, p. 127.) — Fièvre typhoïde bilieuse à rechute, par Mosler. (*Soc. méd. de Greifswald*, 3 mars.) — De la fièvre typhoïde chez les cardiaques, par Andrerez. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — De la pleurésie dans la fièvre typhoïde, par Jaugey. (*Thèse de Paris*, 29 déc.) — Fièvre typhoïde suivie de rougeole. Parotidite, œdème de la face, par L. Beale. (*Lancet*, 4 août.) De la bronchite du sommet dans la dothiénentérie, par Fouriaux. (*Thèse de Paris*, 13 déc.) — Perforation intestinale dans un cas de fièvre typhoïde. Guérison, par Richard Lake. (*Lancet*, 20 oct.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Vogl. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, par 983.) — Fièvre typhoïde à forme adynamique traitée par le bain froid (105 bains), par Josias. (*Courrier méd.*, 8 déc.) — Les irrigations froides intestinales dans la fièvre typhoïde, par Cavalieri. (*Naples.*) — Naphtol contre la fièvre typhoïde, par Clarke. (*Practitioner*, déc.) — Les états typhoïdes et l'acide phénylacétique, par Alivia. (*Gaz. d. Ospit*, n° 83.) — Sur l'intolérance de la quinine dans les infections typhoïdes, par Noscato. (*Riv. clin. e terap.*, août.)

U

Ulcère. — Mal perforant du pied d'origine trophique ; guérison par excision, par L. Gelpke. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 638, 15 oct.)

Urée. — Sur la transformation des sels d'ammonium en urée dans l'organisme, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XI, 1.)

Urémie. — Pouls lent permanent et urémie, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 oct.)

Urètre. — Pathologie externe et traitement de l'urètre et de la vessie, par Géza von Antal. (*Stuttgart.*) — Double urètre et fistule pénienne congénitale, par Englisch. (*Wiener med. Presse*, n° 27.) — Les irritations de l'urètre chez l'homme comme source de maladie, par Le Grand N. Denslow. (*New York med. record*, p. 413, 6 oct.) — La curabilité des rétrécissements de l'urètre par l'électricité, par Keyes. (*N. York med. journ.*,

p. 365, 6 oct.) — Des fausses routes de l'urètre, par Guyon. (*Gaz. des hôp.*, 27 nov.) — Rupture de l'urètre, cathétérisme rétrograde, par Desguin. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, nov.-déc.) — Suture de l'urètre dans les sections du périnée, par A. Mammaduke Sheild. (*Lancet*, 20 oct.) — Rétrécissement de l'urètre avec fistule périnéale guéri par l'urétrotomie interne et externe, par F. C. Fisher. (*Lancet*, 27 oct.) — Cause et traitement de l'urétrocèle, par T. A. Emmet. (*N. York med. journ.*, p. 449, 27 oct.) — Urétrotome dilatateur, par W. B. Rogers. (*N. York med. journ.*, p. 225, 1er sept.) — Compte rendu de 10 urétrotomies externes, par E. Mensel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 785, 24 sept.) — Des précautions antiseptiques dans l'urétrotomie interne, par W. Bruce Clarke. (*Lancet*, 13 oct.) — Suture de l'urètre dans un cas de section du périnée pour une rupture de l'urètre, par W. L. Woolcombe. (*Lancet*, 10 nov.) — Réunion d'une vaste déchirure de l'urètre par greffe du feuillet interne du prépuce, par Mensel. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 sept.) — De la dilatation mécanique de l'urètre chez les accouchées ayant de la rétention d'urine, par Schatz. (*Ibid.*, p. 717, 27 août.) — Calcul de l'urètre feminin autour d'une épingle à cheveu, par Schatz. (*Ibid.*, p. 717, 27 août.) — Tuberculose de la verge et de l'urètre, par Kraske et Englisch. (*Ibid.*, p. 877, 22 oct.) — Tuberculose de la portion membraneuse de l'urètre ayant entraîné un rétrécissement avec infiltration d'urine, par K. Stone. (*Boston med. journ.*, p. 148, 16 août.)

Urine. — Nouvelle réaction pour la recherche des sels inorganiques dans l'urine colorée par des pigments biliaires, par Modigliano. (*Lo Sperimentale*, déc.) — Du dégagement d'hydrogène sulfuré dans l'urine et de l'état du soufre dans l'organisme, par E. Salkowski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 722, 3 sept.) — Examen systématique de l'urine au point de vue des matières protéiques; méthode de dosage du sérum albumine et du sérum globulaire, par Paton. (*Edinburgh med. journ.*, déc.)

Urinaires (Voies). — Leçons sur les maladies des organes urinaires de Robert Ultzmann, publiées par J. H. Brink. (Premier fasc., *Vienne.*) — Anomalies des organes génito-urinaires : deux uretères complets à droite et à gauche, deux vagins et deux utérus, par Ch. Debierre. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 511.) — L'infection urinaire et la bactérie pyogène, par Albarran. (*Ibid.*, p. 1028.) — Eruption polymorphe consécutive à la fièvre urineuse, par Trossat. (*Lyon méd.*, 2 déc.) — Circoncision dans l'incontinence d'urine, par Ch. O'Farrell. (*Lancet*, 21 juillet.) — Traitement de la rétention d'urine suivie de rétrécissement de l'urètre, par de Smet. (*La Clinique*, 22 nov.) — Tuberculose urinaire, par J.-L. Faure. (*Bull. Soc. anat.*, p. 999.) — Tuberculose génito-urinaire, atrophie de la vessie, par Mallet. (*Ibid.*, p. 806.)

Urticaire. — Forme rare d'urticaire, par Rossoni. (*Bull. d. Soc. lancisiana Roma*, VIII, 3.) — Urticaria pigmentosa, par Majkowski. (*Russkaia Medycyna*, n° 3.) — Un cas d'urticaire pigmentaire, par Unna. (*Soc. méd. de Hambourg*, 3 avril.) — Rougeole survenue chez un enfant atteint d'urticaire pigmentée, par Morel-Lavallée. (*Ann. de dermat.*, X, 1.) — L'action locale de la cantharide n'a pas lieu dans l'urticaire, par Tom. Robinson. (*Lancet*, 17 nov.)

Utérus. — Cellules analogues à celles de la caduque obtenues expérimentalement par la stimulation mécanique de la muqueuse utérine, par Calderini. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janv.) — Utérus et vagin doubles, par Dunning. (*Journ. of americ. Assoc.*, p. 762, 1er déc.) — La réparation immédiate des déchirures du col de l'utérus et du péritoine,

par Townshend. (*N. York med. journ.*, p. 253, 8 sept.) — Des déchirures du col utérin et leur importance nulle au point de vue de la genèse des affections utérines, par E. Nœggerath. (*Berl. klin. Woch.*, p. 804, 1er oct.) — Des déplacements de l'utérus, leur influence sur le système nerveux général, par F. Davenport. (*Boston med. journ.*, p. 772, 23 août.) — Dilatation dans la sténose et la flexion de l'utérus, par Mac Gillicuddy. (*N. York med. journ.*, p. 150, 11 août.) — Du traitement de la métrite hémorragique, par Teillard. (*Thèse de Paris*, 19 déc.) — Nouvelle méthode de traitement de l'endométrite et de la métrite du col par les bougies médicamenteuses, par Alex. Foulerton. (*Lancet*, 8 déc.) — Du raclage et du curettage de l'utérus, par Rapin. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, p. 491.) — Cautérisation de la muqueuse utérine au chlorure de zinc, par Brœse. (*Berl. klin. Woch.*, 20 août.) — Cautérisations au chlorure dans le cancer, par Ehlers. (*Ibid.*) — Opération d'Alexander, observation, par Newman. (*Gyn. Soc. of Chicago*, 28 sept.) — Structure des ligaments ronds et opération d'Alexander, par Debierre. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — Opération d'Alexander pour l'utérus rétrofléchi, modifiée par Bardenheuer, par Brohl. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 876, 22 oct.) — Du traitement de la rétroflexion utérine, par Skutsch, Schwarz, Wiedow, Werth, Winckel, Fritsch, Engelmann. (*Ibid.*, p. 717, 27 août.) — La ligature vaginale de l'utérus dans la rétroflexion et le prolapsus, par Schücking. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 817.) — De la rupture manuelle des adhérences péritonéales dans la rétroflexion de l'utérus, par Zeiss. (*Centr. für Gyn.*, 15 déc.) — Hystérorraphie du ventre, fixation de l'utérus, par Verchère. (*Bull. méd.*, 28 nov.) — Ventrofixation de l'utérus dans un cas de prolapsus irréductible, par John Phillips. (*Lancet*, 20 oct.) — Deux cas de ventrofixation pour rétroflexion, présentation des opérées, par Saenger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Deux cas de ventrofixation pour rétroflexion, présentation des opérées, par Olshausen. (*Idem.*) — Cas d'inversion totale de l'utérus, par Arthur Jefferson. (*Lancet*, 29 déc.) — Laparotomie pour réduire une inversion de l'utérus, par P. J. Mundé. (*N. York med. journ.*, p. 451, 27 oct.) — Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus (inversion supéro-latérale), amputée par l'écraseur linéaire, avec suture, par V. Faucon. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, nov. 1887.) — Irréductibilité d'un utérus renversé, hystérectomie; mort, par Battlehner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 719, 27 août.) — Observations d'utérus gravide en rétroversion et incarcéré, par Tacchi. (*Ann. univ. di med.*, nov.) — Un cas d'extirpation de l'utérus pour incarcération de l'utérus gravide rétrofléchi dans un bassin ostéomalacique extrêmement étroit, par Olshausen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Hystéralgie rebelle, antéflexion, hémorragies répétées, hystérectomie, par Vrobleski. (*Union médicale*, 18 oct.) — Cas récent de colpo-hystérectomie, par Ferd. Abb. Purcell. (*Lancet*, 10 nov.) — Rupture de l'utérus et du vagin, avec glissement du fœtus dans la cavité abdominale; laparotomie, par G. Pilcher. (*Lancet*, 11 août.) — Quatre cas de rupture complète de l'utérus dont deux guérisons, par la laparotomie, par Leopold. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.) — Méthode de Thure Brandt pour rendre les trompes malades accessibles au palper, par Winawer. (*Cent. für Gyn.*, 29 déc.) — Etiologie de la salpingite chronique, opération de Tait; 2 succès, par Mac Laven. (*N. York med. journ.*, p. 171, 18 août.) — Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin, par Doléris. (*Mém. Soc. biologie*, déc.) — Salpingites abdominales et leur traitement, par Rochet. (*Province méd.*, 15 déc.) — Pyosalpingite, par Tait. (*Brit. gyn. Soc.*, 28 déc.) — Pyosalpinx adhérent au bassin, rupture du rectum pendant l'opération; guérison, par Englaender. (*Berlin.*

klin. Woch., p. 692, 20 août.) — De l'incision en deux temps des tumeurs kystiques des trompes de Fallope, par Keil. (*Ibid.*, p. 718, 27 août.) — Gros corps fibreux de l'utérus, compliqué d'abcès volumineux, par Lautier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 522.) — Tumeurs fibroïdes avec dégénérescence calcaire, par F. Barnes. (*Brit. gyn. Soc.*, 14 nov.) — Traitement des fibromyomes compliquant la grossesse et l'accouchement, par Phillips. (*Practitioner*, déc.) — Formes bénignes et malignes des prétendus adénomes utérins, par Ruge. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.) — 30 cas de fibromyomes utérins traités par l'électricité, par Steavenson. (*St. Barthol. hosp. rep.*, XXIV.) — Elimination spontanée des polypes utérins sous l'action de l'électrolyse, par La Torre. (*Arch. de tocol.*, déc.) — Ablation des myomes sous-muqueux par la laparotomie, par Freund. (*Centr. für Gyn.*, 8 déc.) — Ablation d'un myome sous-muqueux par la laparotomie, par Freund. (*Ibid.*, 8 déc.) — Deux cas d'extirpation de myomes utérins, par Dixon Jones. (*N. York med. journ.*, p. 226, 1er sept.) — Deux extirpations de myomes utérins, par U. A. D. Jones. (*Ibid.*, p. 198, 25 août.) — Ablation d'un énorme kyste multiloculaire et d'un fibrome de l'utérus, par Terrillon. (*Progrès médical*, 29 déc.) — Myome kystique de l'utérus, hystérectomie; guérison, par Plimmer. (*Lancet*, 28 juillet.) — Fribromyome utérin sous-péritonéal, amputation sus-vaginale; guérison, par Smith. (*Austral. med. journ.*, 15 fév.) — Cas remarquables d'amputation supra-vaginale de l'utérus pour myome, par J. Meyer. (*Charité Annalen*, p. 623, 1888.) — Hystérectomie sus-vaginale pour fibromes, par Bantock. (*Brit. gyn. Soc.*, 28 déc.) — Du traitement du pédicule dans la myomectomie (10 opérations, 1 mort) par Zweifel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Même sujet, par Fritsch. (*Idem.*) — Cancer de l'utérus, avec propagation à l'ovaire gauche et à la face postérieure de la vessie, rein chirurgical, par Renault. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 523.) — Cancer primitif du corps de l'utérus, par Valat (*Thèse de Paris*, 12 déc.) — Fibro-cysto-sarcome de l'utérus, par Ch. Fenger. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 604, 27 oct.) — Etat de la muqueuse du corps de l'utérus (hypertrophie glandulaire simple) dans le cancer du col, par Eckart. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 718, 27 août.) — Des différentes méthodes opératoires appliquées à la cure radicale du cancer de l'utérus, par Albertin. (*Province méd.*, 17 nov.) — De l'amputation autoplastique du col, par Chanteloube. (*Thèse de Paris*, 20 déc.) — Hystérectomie vaginale, par Stratz. (*Centr. für Gyn.*, 15 déc.) — Technique de l'amputation sus-vaginale de l'utérus, par Maydl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 mai.) — Hystérectomies totales vaginales, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — Un cas d'amputation sus-vaginale irrégulière, par Routier. (*Union médicale*, 20 oct.) — Pièces d'hystérectomie vaginale chez une nullipare de 56 ans ayant un cancer du corps utérin et un myome, par Lœhlein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 693, 20 août.) — Hystérectomie vaginale : 3 observations, 2 guérisons, par C. Gordon. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 296, 1er sept.) — Dix nouvelles hystérectomies par le procédé Richelot, dont neuf pour cancer de la portion vaginale; neuf guérisons, par L. Landau. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 872, 22 oct.) — Cancer du col utérin enlevé par la méthode de Richelot chez une femme atteinte de diabète intermittent. Mort dans le coma 32 heures après l'opération, par Th. Landau. (*Idem*, p. 863, 22 oct.) — Carcinome généralisé de la face interne développé dans un utérus cloisonné. Extirpation totale. Guérison (sans détails), par Olshausen. (*Idem*, p. 693, 20 août.) — Deux cas d'extirpation totale d'utérus cancéreux sans récidive de 5 et de 7 ans, par Olshausen. (*Idem*, p. 717, 27 août.)

V

Vaccin. — La vaccination et la revaccination en Allemagne, par P. Jeunhomme. (*Revue d'hyg.*, X, 874, oct.) — La vaccination, par L. Pfeiffer. (*Tubingue.*) — Sur le service municipal de la vaccination à Bordeaux, par de Guénin. (*Thèse de Bordeaux*, déc.) — La revaccination dans les écoles primaires publiques du XIIIe arrondissement et proposition de réglementation, par Mangenot. (*Revue d'hyg.*, X, 803, sept.) — Importance de la revaccination, par Rudolf Gerstacker. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 279, sept.) — La technique de la vaccination, par Valenta. (*Wien. med. Presse*, n° 26, p. 945.) — Evolution clinique de la vaccine, par Jaksch. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVIII, 3 et 4.) — Exanthème post-vaccinal tardif, par Behrend. (*Berl. klin. Woch.*, 25 juin.) — Inoculation accidentelle de vaccine à la vulve, par Eminson. (*Brit. med. journ.*, 1er déc.)

Vagin. — Des transformations périodiques de l'épithélium de la muqueuse vaginale de quelques rongeurs, par Morau. (*Soc. de biologie*, 15 déc.) — Des effets de la glycérine sur la quantité de sécrétion vaginale, par Herman. (*Obst. Soc. of London*, 5 déc.) — La vaginite infectieuse des petites filles, par Dusch. (*D. med. Woch.*, n° 41, p. 831.) — Hémorragie vaginale profuse par rupture du vagin dans le coït, par Barthel. (*Cent. f. Gynaek.* 1er déc.) — Des opérations plastiques sur le vagin, par Fritsch. (*Idem*, 8 déc.) — Absence congénitale de la cloison recto-vaginale ; opération ; guérison, par Mac Mordic. (*Lancet*, 28 juillet.) — Formation d'un calcul vésico-vaginal consécutivement à l'oblitération artificielle du vagin, par Bergmann. (*Cent. für Gyn.*, 15 déc.) — Enucléation d'un myome vaginal chez une vierge de 34 ans ; mort le 10e jour, par épuisement, par P. Ruge. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 693, 20 août.) — Sarcome du vagin opéré il y a trois ans sur une fillette de 2 ans, et sans récidive actuellement, par Schuchardt. (*Idem*, p. 718, 27 août.) — Deux cas de cancer primitif du vagin, par Leroy Braun. (*N. York med. journ.*, p. 262, 8 sept.)

Vaisseau. — Des mouvements vasculaires, par Burckhardt. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 507, 15 août.)

Varice. — Varicocèle chez la femme, par P. Dudley. (*N. York med. journ.*, p. 147, 11 août.)

Varicelle. — Varicelle des adultes, par Johannes Seitz. (*Corr.-Blatt für schweiz. Aerzte*, p. 265, 1er mai.)

Variole. — L'épidémie de variole à la Martinique en 1887-1888, par Talairach. (*Revue d'hyg.*, X, 851, oct.) — La variole hémorragique à Paris en 1887, par de Grandmaison. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — Du traitement de la variole aux pavillons d'isolement de Nantes, par Bonamy. (*Bull. de thérap.*, 30 oct.) — Variole anormale traitée par le nitrate de pilocarpine, par Rigubert. (*Arch. de méd. nav.*, sept.)

Veine. — Injection des veines par les artères, par Lejars. (*Bull. acad. de médec.*, 26 déc.) — Circulation veineuse de la racine de la cuisse, par Maubrac. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 21 oct.) — Thrombose de la veine porte diagnostiquée pendant la vie, par P. Sonsino. (*Lo Sperimentale*, oct.) — Des plaies de la veine fémorale par armes à feu, par Maubrac. (*Arch. de méd. mil.*, nov.)

Vessie. — Pathologie chirurgicale et thérapeutique de l'urètre et de la vessie, par GEZA VON ANTAL. (*Stuttgart.*) — Evacuation manuelle (compression) du contenu vésical, par HEDDAEUS. (*Berl. klin. Woch.*, 22 oct.) — Calculs vésicaux, cystotomie sus-pubienne, par DURANTE. (*La Riforma medica*, sept.) — Extraction de calculs vésicaux par la kolpocystotomie, par KOHEGYI. (*Wiener med. Presse*, n° 39.) — Oblitération de l'uretère droit par un calcul neuf mois après une blessure de la vessie; guérison, par W. WOLF. (*Wien. med. Woch.*, n° 32, p. 1167.) — Calcul mural de la vessie; pyélo-néphrite suppurée; cystite et péricystite, par CRITZMANN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 598.) — Pierre dans la vessie avec hypertrophie de la rate, par CH. WILLIAMS. (*Lancet*, 24 nov.) — Six cas de lithotomie sus-pubienne, par ARTHUR NEVE. (*Lancet*, 29 sept.) — Calculs vésicaux et hypertrophie splénique, par C. WILLIAMS. (*N. York med. journ.*, p. 342, 29 sept.) — Nouvelle méthode de drainage dans la taille sus-pubienne, par FENWICK. (*Illust. med. news*, sept.) — De la lithotritie sus-pubienne, par F.-M. SANDWITH. (*Lancet*, 29 sept.) — Lithotritie périnéale, par REGINALD HARRISON. (*Lancet*, 22 sept.) — Lithotritie périnéale, par R. HARRISON. (*New York med. journ.*, p. 372, 6 oct.) — Litholapaxie chez les jeunes garçons, par KELGAN. (*Idem*, p. 320, 22 sept.) — Sur la taille hypogastrique, par A. LACONI. (*La Riforma medica*, 22 et 23 oct.) — Tailles hypogastriques, par PAQUET. (*Bull. méd. du Nord*, déc.) — Taille hypogastrique, suture totale de la plaie vésicale, réunion par première intention, scarlatine; guérison, par JOHN CRAFT. (*Lancet*, 15 déc.) — Taille hypogastrique, par CALTHROPP ALLINSON. (*Lancet*, 29 déc.) — Taille hypogastrique, par CAREY. (*Lancet*, 10 nov.) — Lithotomie sus-pubienne, par A.-J. POPERT. (*Idem*, 22 sept.) — Un cas de taille latérale chez un jeune Afghan, par DAMANIA. (*Idem*, 24 nov.) — La kolpo-uretéro-cystotomie; nouvelle opération pour le traitement de l'uretéro-pyélite et les dernières méthodes employées pour le diagnostic de cette affection chez la femme, par DURM SHERWOOD. (*Thèse de Paris*, 4 déc.) — De la cystocèle vaginale, modifications du traitement opératoire, par ROUTIER. (*Semaine méd.*, 26 déc.) — Traitement chirurgical de l'exstrophie vésicale, par POUSSON. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*) — Un cas de rupture de la vessie, par W. H. BROWN. (*Lancet*, 4 août.) — Du lavage de la vessie par ponction sus-pubienne à propos d'un cas de rétention d'urine prolongée pour hypertrophie prostatique compliquée de fausse route, par VERCHÈRE. (*Union médicale*, 3 nov.) — De la ponction capillaire de la vessie, par ROSENBERGER et ENGLISCH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 856, 15 oct.) — Plaie de la vessie, cystotomie; guérison, par FIORANI. (*Ann. univ. di med.*, nov.) — Procédé de cystorraphie en cas de déchirure pendant la laparotomie, par SAENGER et LEOPOLD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 717, 27 août.) — Un cas de leptrothricosis de la vessie, par ARUSTAMOW. (*Wratch*, n° 50.) — Symptomatologie et traitement des tumeurs vésicales, par NITZE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 876, 22 oct.) — Sur les tumeurs de la vessie, par F. CAHEN. (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol.*, CXIII, 3.) — Tumeur de la vessie; taille hypogastrique, par WARD. (*Lancet*, 1er sept.) — Papillome pédiculé de la vessie; ablation par le périnée, par S. WATSON. (*Boston med. journ.*, p. 145.) — Pseudo-tumeur de la vessie, abcès périutérin dans la vessie, par GELPKE. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 fév.) — L'urétrotomie externe pratiquée à titre d'hémostatique dans le cas de tumeurs de la vessie, par KŒHLER. (*Berl. klin. Woch.*, 23 juillet.)

Vieillard. — Les psychoses séniles et tardives; les idées de négation chez le vieillard, par SÉGLAS. (*Progrès médical*, 27 oct.)

Vin. — Circulaire du ministre de l'intérieur d'Italie (24 juin 1887) défendant

de mettre en vente des vins contenant plus de 2 pour mille de sulfate de potasse et obligeant les vendeurs de déclarer leur vin plâtré. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 132, août.) — Rapport au comité consultatif d'hygiène publique sur le plâtrage des vins, par Gabriel Pouchet et Richard. (*Idem*, XX, 123, août.) — Le plâtrage et le phosphatage des vins, par E. Vallin. (*Revue d'hyg.*, X, 649, août.)

Vision. — L'analyse des ondes lumineuses par l'œil, par Goller. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 139.) — Nouvelle remarque sur la théorie des sensations visuelles, par V. Kries. (*Archiv für Physiologie*, p. 380.) — Influence des lésions corticales sur la vue chez le chien, par Lannegrace. (*Soc. de biologie*, 27 oct.) — Sur un phénomène subjectif de la vision, par Rampoldi. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 46.) — Variabilités de l'angle A dans les diverses directions du regard, par Secondi. (*Giorn. Accad. di med. di Torino*, n° 12.) — Sur la vision des couleurs de contraste, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XI, et *Bull. Acad. med. di Roma*, avril.) — Les anomalies de la vision, par Imbert. (In-16, 377 p., *Paris.*) — Les verres de lunettes, par Bull. (*Thèse de Paris*, 20 déc.)

Vitré (Corps). — Structure et hystogenèse du corps vitré normal et pathologique, par Hansell. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Traitement chirurgical des opacités membraneuses du corps vitré, par Stedman. (*N. York med. record*, p. 238, sept.) — Tubercules du corps vitré, par Williams. (*St-Louis med. and surg. journ.*, n° 5.)

Vomissement. — Injections rectales d'acide carbonique contre les vomissements de la grossesse, par Rose. (*N. York med. Record*, p. 175, août.)

X

Xanthème. — Un cas de soi-disant xanthème des diabétiques, par Cavafy. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VIII, n° 4).

Xérodermie. — Un cas de xeroderma pigmentosum, par Riehl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 avril.)

Z

Zona. — Zona traumatique des doigts, éruption survenue une heure après l'accident chez une femme arthritique, par Ory. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 4 oct.) — Zona bilatéral à rechutes, par Elliott. (*Journ. of cutan. dis.*, sept.)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE